

Ayez le respect des Livres

---

BIBLIOTHÈQUE  
DE LA  
FACULTÉ DE MÉDECINE

---

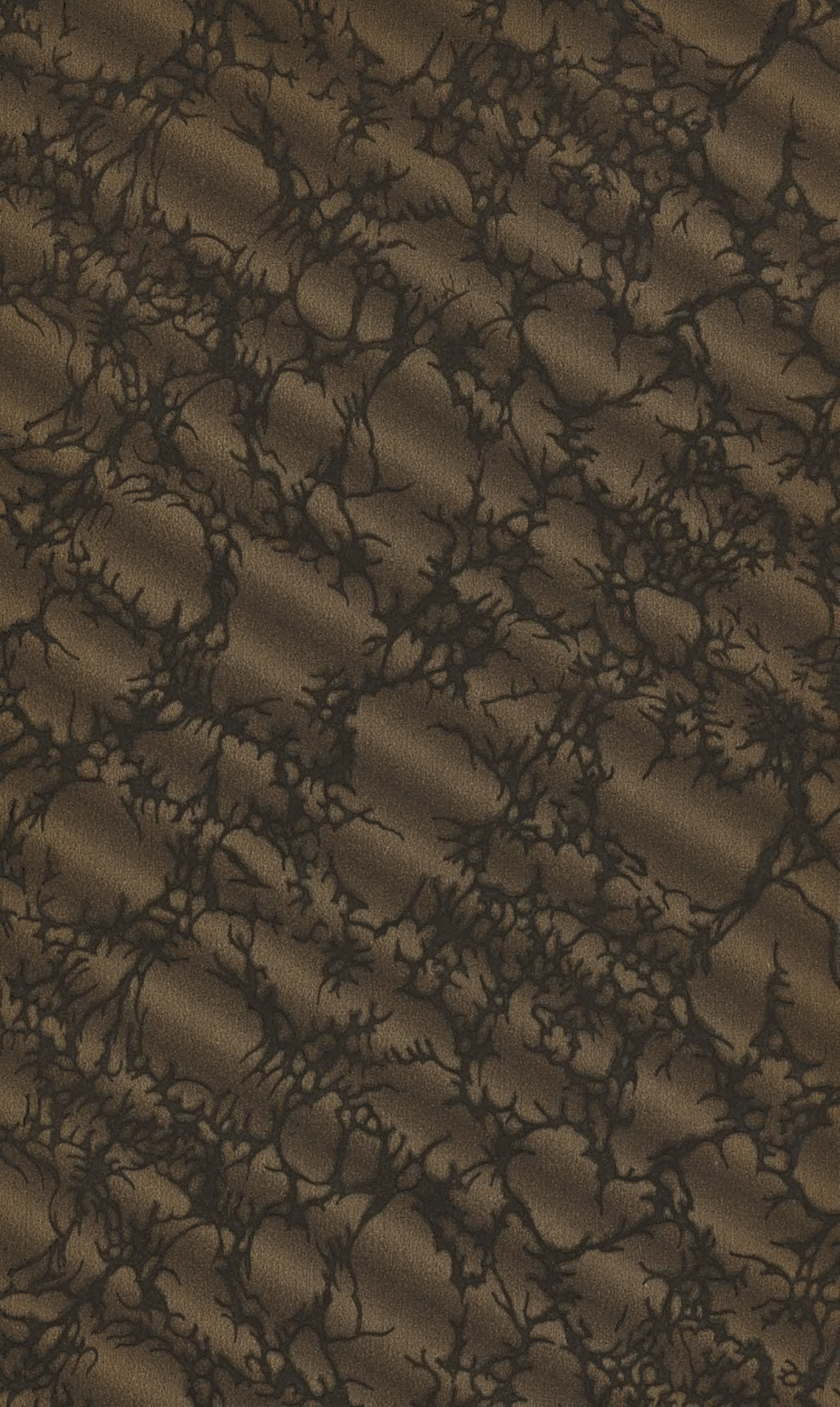
Salles de Lecture

---

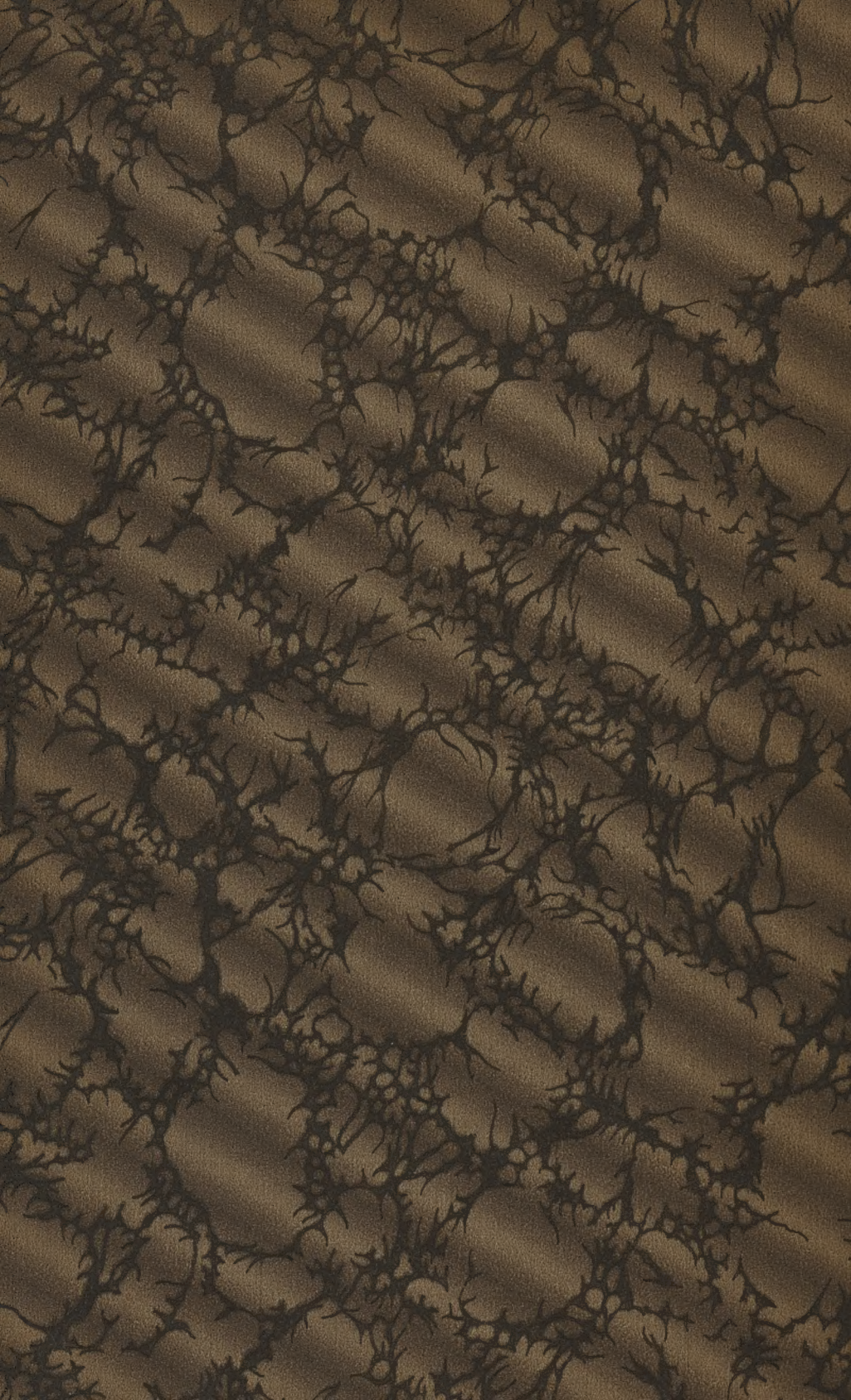
Remettez ce livre à sa place  
après consultation

---

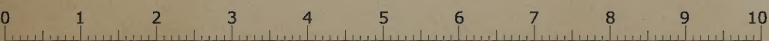






















ANNALES  
MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

REVUE PSYCHIATRIQUE

BULLETIN OFFICIEL DE LA  
SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

---

ANNÉE 1936

---

TOME PREMIER



# ANNALES MEDICO-PSYCHOLOGIQUES

---

ANCIENS RÉDACTEURS EN CHEF :

(1843-1930)

BAILLARGER, CERISE, LONGET,  
BRIERRE DE BOISMONT, MOREAU (de Tours),  
LUNIER, FOVILLE, RITTI, HENRI COLIN

RÉDACTEUR EN CHEF : RENÉ CHARPENTIER

COMITÉ DE RÉDACTION :

MM. ABADIE, D. ANGLADE, BEAUSSART, Ch. BLONDEL, CAPGRAS,  
H. CLAUDE, COURBON, Ach. DELMAS, DEMAY, G. DUMAS, DUPOUY,  
EUZIÈRE, J. HAMEL, Pierre JANET, KLIPPEL, LAIGNEL-LAVASTINE,  
LAUZIER, J. LÉPINE, LÉVY-VALENSI, LHERMITTE, R. MALLET,  
MARCHAND, MIGNOT, PACTET, PIERON, POROT, RAVIART, RAYNIER,  
ROGUES DE FURSAC, SÉGLAS, SÉRIEUX, Th. SIMON, TINEL,  
TOULOUSE, TRUELLE, VERNET.

---





# ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

REVUE PSYCHIATRIQUE  
BULLETIN OFFICIEL DE LA  
SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

---

FONDATEUR.  
J. BAILLARGER  
RÉDACTEUR EN CHEF :  
RENÉ CHARPENTIER

XV<sup>e</sup> SÉRIE — 94<sup>e</sup> ANNÉE — 1936  
TOME PREMIER

---



92152

MASSON & C<sup>ie</sup>, ÉDITEURS  
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE  
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

---

PUBLICATION PÉRIODIQUE  
PARAISANT 10 FOIS PAR AN





# TABLE DES MATIÈRES

QUINZIÈME SÉRIE - 94<sup>e</sup> ANNÉE - TOME I

JANVIER-MAI 1936

## MÉMOIRES ORIGINAUX

|   | Pages |
|---|-------|
| Les aspects familiaux des paroxysmes réflexes du tonus (Contribution à l'étude des faits de Cataplexie et d'Hypertonie dites affectives et de leurs relations avec la pathologie constitutionnelle), par M. L. van BOGAERT..... | 1     |
| Nouvelles recherches sur l'acide formique dans le liquide céphalo-rachidien (d'après la méthode de Toyé et Jaulmes), par MM. J. HAMEL, R. BUISSON et M. CHAVAROT.....   | 28    |
| Une correspondance de Kant sur les rapports de l'âme et du cerveau (Première traduction française des lettres de E. Kant à S. Th. Soemmerring), avec une note préliminaire, par MM. W. RIESE et A. RÉQUET.....                  | 44    |
| Anatomo-pathologie et physio-pathologie de l'épilepsie, par H. STECK. Sur trois cas d'hallucinations visuelles chez des cataractés, par MM. A. BRUNERIE et R. COCHE.....  | 145   |
| Note au sujet des peintures et dessins d'un schizophrène malgache, par V.-L. HUOT.....  | 166   |
| Vitamine C. Précaréence et neuro-psychiatrie, par H. BERSOT.....  | 172   |
| Hallucinations visuelles et lésions de l'appareil visuel, par MM. J. LHERMITTE. et J. de AJURIAGUERRA.....  | 187   |
| Syndrome psychasthénique et hyperhypophysie (Relations possibles entre le trouble endocrinien et l'orientation des manifestations psychopathologiques), par MM. C.-I. PARHON, A. KREINDLER et E. WEIGL.....                     | 321   |
| Les tendances actuelles de la psychiatrie en Belgique, par M. G. VERMEYLEN.....   | 352   |
| Le syndrome d'Adie en pathologie mentale. Ses rapports avec les syndromes neuro et psycho-anémiques, par MM. G. PETIT et J. DELMOND.....  | 359   |
|   | 497   |

|   | Pages |
|---|-------|
| Examen audiométrique de malades présentant des hallucinations auditives verbales, par F. MOREL.....                                     | 520   |
| Ascaridiose et psychopathie, par MM. G. GASSIOT et J. LECLERC.....  | 534   |
| Recherches sur l'indextyrosine de polypeptidémie dans les maladies mentales, par MM. TOMESCO, N. GRUIA IONESCO et P. CONSTANTINESCO.... | 548   |
| Les tendances actuelles de la psychiatrie en Hollande, par MM. W.-M. van der SCHEER. et W. HEMMES.....                                  | 554   |
| Chorée fibrillaire de Morvan, acrodynie infantile et troubles psychiques, par MM. H. ROGER et J. ALLIEZ.....                            | 689   |
| Contribution à l'étude des formes mentales des tumeurs cérébrales, par MM. E. LARRIVÉ et R. MATHON.....                                 | 694   |
| Le syndrome de Capgras, par M. Alberto BROCHADO.....  | 706   |
| Les tendances actuelles de la psychiatrie en Suisse, par M. A. REPOND.....  | 718   |

## SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

|  |    |
|--|----|
| Liste des Présidents, Secrétaires généraux et Trésoriers de la Société Médico-Psychologique (1852-1936)..... | 52 |
| Bureau pour 1936.....  | 54 |
| Liste des Membres.....   | 54 |

### Séance du jeudi 9 janvier 1936

|   |    |
|---|----|
| Syndrome infundibulaire, trophoedème et troubles mentaux, par MM. P. COURBON et C. FEUILLET.....                      | 73 |
| Epilepsie généralisée. Ralentissement intellectuel et tumeur cérébrale probable, par MM. R. ANGLADE et L. VIDART..... | 77 |

### Séance du lundi 27 janvier 1936

|   |    |
|---|----|
| Allocution de M. Th. SIMON, président sortant.....  | 87 |
| Allocution de M. Cl. VURPAS, président.....   | 88 |
| Adoption du procès-verbal.....  | 89 |
| Correspondance.....   | 89 |
| Commission des prix.....  | 90 |
| Election d'un membre correspondant national.....  | 91 |
| Commission chargée d'étudier la question des Assistances sociales.....                              | 91 |
| Vitamine C, Précaréne et neuro-psychiatrie, par H. BERSOT.....                                      | 92 |
| L'assistance aux enfants difficiles au Foyer de Soullins, par MM. E. MINKOWSKI et Mlle A. SILZ..... | 92 |



|   | Pages |
|---|-------|
| Exhibitionnisme et acromégalie, par M. J. PICARD .....  | 100   |
| Syndrome d'Adie et syndrome neuro-anémique à type de psychose<br>polynévritique. Amélioration par la méthode de Castle, par MM.<br>G. PETIT et J. DELMOND ..... | 106   |
| Une nouvelle réaction hypophysaire applicable à la psychose intermit-<br>tente, par MM. X. et P. ABÉLY, M. et Mme COULÉON .....                                 | 113   |

*Séance du jeudi 13 février 1936*

|  |     |
|--|-----|
| Une marâtre parkinsonienne, par MM. Paul COURBON et Ch. FEUILLET....   | 199 |
| Note sur un appareil pour la mesure de l'amplitude des réflexes rotu-<br>liens, par MM. Th. SIMON, L. ANGLADE et Mlle P. PETIT .....                               | 203 |
| Hallucinations visuelles projetées et dessinées, symptômes pré- et<br>post-paroxystiques épileptiques, par MM. L. MARCHAND, J. FORTINEAU<br>et Mlle P. PETIT ..... | 205 |
| Symptômes et lésions du système nerveux végétatif dans l'alcoolisme<br>chronique, par M. P. GUIRAUD, Mme BONNAFOUS-SÉNIEUX et M. Ch. NODET .....                   | 211 |
| Tentatives de suicide répétées chez un instable déprimé, sans travail,<br>par MM. LAIGNEL-LAVASTINE, G. d'HEUCQUEVILLE et J.-J. SAMBRON .....                      | 218 |

*Séance du lundi 24 février 1936*

|   |     |
|---|-----|
| Adoption du procès-verbal .....   | 223 |
| Correspondance .....  | 223 |
| Date de la séance du mois d'avril .....   | 223 |
| Déclaration de vacance d'une place de membre titulaire .....  | 224 |
| Election d'un membre correspondant national .....   | 224 |
| Election d'un membre associé étranger .....   | 224 |
| Rapport de la Commission sur les Assistants sociaux .....   | 224 |
| Syndrome catatonique consécutif à une intolérance au novarséno-<br>benzol, par M. AUBIN .....   | 225 |
| Délire d'analogie chez un Hindou, par M. AUBIN .....  | 228 |
| Etude clinique et pathogénique des hallucinations chez les ophtalmo-<br>pathes, par MM. J. LHERMITTE et AJURIAGUERRA .....  | 232 |
| Syndrome d'Adie transitoire, anémie et parkinsonisme fruste au cours<br>d'une confusion mentale subaiguë avec lymphocytose rachidienne,<br>par MM. G. PETIT et J. DELMOND ..... | 236 |
| Procédés de défense sensorielle chez un persécuté, par MM. LAIGNEL-<br>LAVASTINE, J. VINCHON, G. d'HEUCQUEVILLE et J.-J. SAMBRON .....  | 242 |
| Contribution à l'étude pathogénique des formes frustes de neurosy-<br>philis. Paludisme et syphilis, par J. DUBLINEAU .....   | 245 |
| Superinfection syphilitique et formes frustes de neuro-syphilis.<br>Discussion d'un cas, par J. DUBLINEAU .....   | 249 |
| Conductibilité électrique du corps humain et dysendocrinie. Un<br>nouveau test biométrique : la mesure de l'angle de phase (note<br>préliminaire), par M. Y. PORC'HER .....     | 254 |
| Hallucinations visuelles, conscientes et transitoires, par M. DAUMÉZON..  | 257 |

## Séance du jeudi 12 mars 1936

|   | Pages |
|---|-------|
| Gigantisme, terreurs nocturnes et délire d'imagination, par MM. J. DELMOND et L. ANGLADE.....   | 385   |
| Stérotypie démentielle d'attitude en station sur la tête, par MM. P. COURBON et C. FEUILLET.....  | 390   |
| Etat du fond d'œil dans 115 cas de paralysie générale traités par le stovarsol sodique, par M. L. MARCHAND.....   | 398   |
| Aphasie chez les syphilitiques et paralysie générale. Problèmes de diagnostic et de traitement, par MM. P. GUIRAUD et G. FERDIÈRE.....  | 404   |
| Un cas de simulation discuté, par MM. H. CLAUDE, P. SIVADON et A.-P.-L. BELEY.....  | 408   |
| Déséquilibre mental post-encéphalitique. (Perversions sexuelles : autoérotisme du mollet, fétichisme du soulier, etc.), par MM. H. CLAUDE, P. SIVADON et J. AJURIAGUERRA..... | 412   |
| Une forme particulière de délire à deux chez un parkinsonien et sa mère, par MM. G. HEUYER et Ch. DURAND.....   | 416   |

## Séance du lundi 23 mars 1936

|   |     |
|---|-----|
| Adoption du procès-verbal.....  | 426 |
| Décès de M. le Professeur L. BOUMAN.....  | 426 |
| Correspondance.....   | 426 |
| A propos des lésions du fond d'œil chez les paralytiques généraux traités par la tryparsamide, par M. L. MARCHAND.....                                    | 427 |
| Méthodes spéciales de traitement des maladies mentales, par M.-H. ROXO.....   | 428 |
| Cyclothymie et dysendocrinie. Essai de traitement d'un cas, par M. J. RONDEPIERRE.....  | 429 |
| Paralysie générale et hémorragie méningée : un cas d'hématome intra-arachnoïdien, par MM. DONNADIEU et BARGUES.....                                       | 435 |
| Le butyl-éthyl-barbiturate de sodium dans le traitement du delirium tremens, par MM. BARGUES et GRIMAL.....   | 439 |
| Statistique du service de psychiatrie d'urgence de la Pitié : rôle des services ouverts des hôpitaux, par MM. LAIGNEL-LAVASTINE et G. d'HEUCQUEVILLE..... | 444 |
| Les crises oculogyres en pathologie mentale, par M. G. PETIT.....   | 450 |
| Mérycisme démentiel par altruisme morbide, par MM. P. COURBON et M. LECONTE.....  | 463 |

## Séance du lundi 27 avril 1936

|   |     |
|---|-----|
| Adoption du procès-verbal.....  | 581 |
| Correspondance.....   | 581 |
| Election d'un membre correspondant national.....  | 582 |
| Contribution à l'étude des psycho-anémies. Examen psychiatrique de quatre cas d'anémie de Biermer, par MM. A. CAIN et A. CEILLIER.....            | 582 |
| Remarques et statistiques sur le service de psychiatrie d'urgence de l'hôpital Saint-Antoine, par MM. Ph. PAGNIEZ et A. CEILLIER.....             | 589 |
| Productions gommeuses survenues chez deux paralytiques généraux impaludés. Tertiarisation précoce ou tardive, par MM. H. CLAUDE et Fl. COSTE..... | 607 |



|  | Pages |
|--|-------|
| Paraplégie en flexion d'origine cérébrale chez un paralytique général traité par les ondes courtes, par MM. H. CLAUDE et FI. COSTE.....  | 611   |
| Délire de gynécopathie interne chez une paralytique générale après malarisation, par Mlle CULLERRE et Mme EDERT.....   | 613   |
| Réactions psychopathiques ébauchées en rapport avec des difficultés sociales chez des déséquilibrés, par M. J. VIÉ.....  | 618   |
| Folie d'opposition chez un ancien catatonique traumatisé cranien et tabétique. Contribution à l'étude des attitudes d'opposition pseudo-volontaires par dissociation psychique et psycho-motrice. Leurs mécanismes psycho-physiologiques. Indications thérapeutiques, par MM. H. BARUK, CHENEVEAU et ALLIEZ..... | 627   |

*Séance du jeudi 14 mai 1936*

|  |     |
|--|-----|
| Séances de Juillet et Octobre.....   | 738 |
| Dipsomanie réactionnelle et périodique, par M. G. DAUMÉZON.....  | 739 |
| Amnésie retardée dans une intoxication oxycarbonée, par M. G. DAUMÉZON.....  | 742 |
| Parkinsonisme post-encéphalitique chez un enfant traité par la méthode de Roemer. Résultats peu encourageants, par MM. M. BRISSOT et DELSUC..... | 746 |
| Polydactylie chez un imbécile mental. Pouce surnuméraire, MM. M. BRISSOT et DELSUC.....  | 752 |
| Méningite aiguë pneumococcique enkystée chez un paralytique général, par M. L. MARCHAND, M <sup>lle</sup> P. PETIT et M. J. FORTINEAU.....       | 754 |
| Neurinome du nerf acoustique. Cécité et troubles psychiques, par M. L. MARCHAND.....   | 760 |
| Impulsions au suicide chez un vieillard épileptique, par M. P. COURBON et M <sup>lle</sup> S. ROUSSET.....                                       | 766 |
| Impulsion au magnicide révélatrice d'hébéphrénie, par MM. P. COURBON et FORTINEAU.....   | 770 |

*Séance du lundi 25 mai 1936*

|  |     |
|--|-----|
| Adoption du procès-verbal.....   | 776 |
| Correspondance.....  | 776 |
| Célébration du 3 <sup>e</sup> Centenaire de l'Université Harvard.....  | 776 |
| Vœu concernant la protection des malades mentaux.....  | 777 |
| Rapport sur le mémoire présenté pour le prix Aubanel.....  | 778 |
| Rapport sur le mémoire présenté pour le prix Moreau de Tours.....  | 780 |
| Rapport sur les Assistantes sociales psychiatriques, par M. J. VIÉ.....  | 783 |
| Les Services hospitaliers de psychiatrie dans l'Afrique du Nord (Algérie et Tunisie), par M. A. POROT.....         | 793 |
| Maladie de Biermer et Responsabilité médico-légale (à propos d'une expertise), par MM. A. POROT et R. VALENCE..... | 806 |
| Syndrome catatonique post-typhique curable, par MM. H. ROGER, Albert CRÉMIEUX et J. ALLIEZ.....                    | 810 |
| Les troubles psychiques de la mélitococcie, par MM. H. ROGER et Albert CRÉMIEUX.....                               | 816 |

|  |     |
|--|-----|
| Anxiété chez un déprimé hypocondriaque. Heureux effet de la vagotonine, par MM. J. HAMEL et R. BUISSON.....                          | 823 |
| Nanisme achondroplasique : hyperorchidie ; exhibitions et bestialité sadique, par MM. PICARD et G. MARQUET.....                      | 827 |
| Syndrome de délire aigu chez un prédisposé. Succès d'un traitement par le carbone intraveineux, par J. MM. PICARD et G. MARQUET..... | 832 |

## SOCIÉTÉS

### Société de Neurologie de Paris

|                                      |     |
|--------------------------------------|-----|
| Séance du jeudi 9 janvier 1936.....  | 119 |
| Séance du jeudi 23 janvier 1936..... | 123 |
| Séance du jeudi 6 février 1936.....  | 263 |
| Séance du jeudi 5 mars 1936.....     | 467 |
| Séance du jeudi 2 avril 1936.....    | 640 |
| Séance du jeudi 7 mai 1936.....      | 836 |

### Société de Médecine légale de France

|                                      |     |
|--------------------------------------|-----|
| Séance du lundi 13 janvier 1936..... | 266 |
| Séance du lundi 26 avril 1936.....   | 643 |
| Séance du lundi 11 mai 1936.....     | 839 |

### Société française de Psychologie

|                                      |     |
|--------------------------------------|-----|
| Séance du jeudi 27 février 1936..... | 267 |
| Séance du jeudi 26 mars 1936.....    | 643 |
| Séance du jeudi 28 avril 1936.....   | 644 |

### Société de Médecine mentale de Belgique

|  |     |
|--|-----|
| Séance du samedi 21 décembre 1935..... | 125 |
| Séance du samedi 25 janvier 1936.....  | 268 |
| Séance du samedi 29 février 1936.....  | 470 |
| Séance du samedi 28 mars 1936.....     | 646 |
| Séance du samedi 25 avril 1936.....    | 839 |

### Société belge de Neurologie

|  |     |
|--|-----|
| Séance du samedi 21 décembre 1935..... | 127 |
| Séance du samedi 29 février 1936.....  | 472 |
| Séance du samedi 25 avril 1936.....    | 839 |



**Groupement belge d'Etudes Oto-neuro-ophtalmologiques  
et Neuro-chirurgicales**

|   | Pages |
|---|-------|
| <i>Séance du samedi 25 janvier 1936</i> ..... | 270   |
| <i>Séance du samedi 28 mars 1936</i> .....    | 647   |

## VARIÉTÉS

|  |     |
|--|-----|
| Académie de Médecine : Prix à décerner en 1936.....  | 316 |
| — — — Nominations.....   | 864 |
| Asiles Publics d'Aliénés : Nominations..... 140, 313, 425  | 688 |
| — — — Postes vacants..... 140, 313, 495  | 688 |
| — — — Distinctions honorifiques.....   | 141 |
| — — — Hommage de la Ville de Paris à la mémoire de<br>Magnan.....  | 141 |
| — — — Concours pour la nomination à deux emplois de<br>Médecin-chef de Service dans les Asiles publics<br>d'Aliénés de la Seine..... 141 | 314 |
| — — — Un infirmier victime d'un aliéné.....  | 142 |
| — — — Etablissements d'Aliénés classés monuments his-<br>toriques.....   | 142 |
| — — — Nécrologie.....  | 312 |
| — — — Légion d'honneur.....  | 312 |
| — — — Médaille d'honneur de l'Assistance publique.....   | 313 |
| — — — Concours pour 10 postes de Médecin des Asiles<br>publics d'Aliénés..... 313  | 862 |
| — — — Concours pour un emploi de Médecin-chef de<br>Service de Neuropsychiatrie à l'Hôpital civil<br>français de Tunis.....              | 314 |
| — — — Asile de Bron.....   | 863 |
| Assistance et Législation : Un projet de réforme de la loi sur le régime des<br>malades mentaux en Belgique.....                         | 315 |
| — — — L'assistance aux psychopathes non internés....   | 863 |
| Faculté de Médecine d'Alger.....   | 144 |
| Hôpital Henri-Rousselle.....   | 315 |
| Hygiène et Prophylaxie : Inventaire des établissements destinés à la réédu-<br>cation des enfants anormaux.....                          | 143 |
| — — — L'examen pré-nuptial aux Etats-Unis.....   | 143 |
| — — — Prochaine création à Nantes d'un établissement<br>d'éducation de jeunes filles anormales ou arrié-<br>rées.....                    | 496 |
| — — — La stérilisation en Suisse.....  | 688 |
| Réunions et Congrès : 2 <sup>e</sup> Congrès International d'Hygiène mentale.....  | 143 |

|                                |   | Pages              |
|--------------------------------|---|--------------------|
| Réunions et Congrès :          | Première conférence internationale de pyrétothé-                  |                    |
|                                | rapie.....  | 143                |
| —                              | Société suisse de Psychiatrie.....                                | 315                |
| —                              | Fédération internationale des organisations d'Euge-               |                    |
|                                | nique.....  | 315                |
| —                              | 9 <sup>e</sup> conférence des Psychanalystes de langue française. | 496                |
| —                              | 92 <sup>e</sup> réunion annuelle de l'American Psychiatric As-    |                    |
|                                | sociation.....  | 496                |
| —                              | XI <sup>e</sup> Congrès international de Psychologie.....         | 496                |
| —                              | 8 <sup>e</sup> cours international de Haute culture médicale      |                    |
|                                | (Fondation Tomarkin).....   | 496                |
| Société Médico-Psychologique : | Séances.....  | 138, 312, 495, 687 |
| —                              | Légion d'honneur.....   | 138                |
| —                              | Dîner annuel.....   | 138                |
| —                              | Prix : année 1937.....  | 139                |
| —                              | — — 1938.....   | 139                |
| —                              | — — 1939.....   | 140                |
| Université de Lausanne.....    |   | 864                |



# TABLE ANALYTIQUE DES MATIÈRES (1)

## A

- Abcès du cerveau ou ramollissement cérébral ?** (Louis RAMOND), 288.
- Acrodynie infantile** (anatomie pathologique de l') (PÉHU, J. DECHAUME et S. BONCOMOND), 296.
- Action (de l') à la pensée** (W. MALGAUD), 649.
- Actualité (l') et les psychoses** (J. LÉVY-VALENSI), 651.
- Adie (syndrome d') et syndrome neuro-anémique, amélioration par la méthode de Castile** (Georges PETIT et Jacques DELMOND), 106.
- transitoire, anémie et par-kinsonisme fruste, confusion avec lymphocytose rachidienne (Georges PETIT et Jacques DELMOND), 236.
- (Jean CURVEILLÉ), 487.
- en pathologie mentale (Georges PETIT et Jacques DELMOND), 497.
- Adiposo-génital (syndrome) et acromégalie** (DAVID), 122.
- Traitement spécifique. Guérison (J. LHERMITTE et ALBESSAR), 837.
- Adrénaline (la réaction à l') dans un complexe symptomatique névrosique** (L.-J. CHARGARODSKY), 299.
- Affectif (modifications de l'état) et déviation de l'équilibre acido-basique** (F. HOFF), 681.
- Alcooliques (la psychose aiguë de Korsakoff des)** (L. MARCHAND et A. COURTOIS), 277.
- (traitement des) et réflexes conditionnels (G. ICHOK), 308.
- Alcoolisme chronique. Symptômes et lésions du système nerveux végétatif** (P. GUIRAUD, Mme BONNAFOUS-SÉRIEUX et Ch. NODER), 211.
- (l'intradermoréaction à l'alcool pour le diagnostic d') (Oreste BONAZZI), 299.
- Traitement par le chlorhydrate d'émétine (Antonio TENA), 308.
- Traitement des troubles mentaux par la strychnine (L. CORMAN et Paul HORVENO), 686.
- Algies scapulo-humérales et traitement par les agents physiques** (G. CHAUMET), 310.
- Aliénés (étude du système neuro-végétatif chez les)** (Giorgio SANDOR), 854.
- Alzheimer (maladie d')** (D. ROTHSCCHILD), 279.
- Amnésie retardée dans une intoxication oxycarbonée** (G. DAUMÉZON), 742.
- Amputations (des) au point de vue de la mortalité, de la technique et de la physiologie** (René LERICHE), 137.
- Analgsie hystérique** (QUERCY et HÉDOUIN), 653.
- Anémie aiguë (survie et reviviscence des centres nerveux après)** (C. HEYMANS), 472.
- de Biermer. Les psycho-anémies (André CAIN et André CEILLIER), 582.
- Angiographie (technique de l') cérébrale** (Egas MONIZ), 287.
- Angiomatose du système nerveux central et de la rétine** (W. PUTSCHAR), 667.
- Année psychologique (l')** (Henri PRÉRON), 482.
- Anxiété (l')** (Henry HARRIS), 130.
- chez un déprimé hypocondriaque. Heureux effet de la vagotonine (J. HAMEL et R. BUISSON), 823.
- Anxieux (traitement des états) par l'hyposulfite de magnésium** (Fausto GUERNER et E. de AGUIAR WHITAKER), 306.
- Aphasie de Wernicke chez une syphilitique** (J. HEERNU), 268.
- dite pariétale (NIESSL von MAYENDORF), 853.

(1) Les chiffres en caractères gras correspondent aux MÉMOIRES ORIGINAUX et aux COMMUNICATIONS à la Société Médico-Psychologique.

**Arachnoidites** primitives sans lésions médullaires (BARRÉ), 119.

— **opto-chiasmatiques** (Pierre PUECH et D. MAHOUEAU), 668.

**Armée.** Mesures de protection à l'égard des pervers (Georges FROMAGET), 846.

**Ascaridiose** et psychopathie (G. GAS-SIOR et J. LECLERC), 534.

**Assistance** aux enfants difficiles au Foyer de Soullins (E. MINKOWSKI et Mlle SILZ), 92.

**Assistances** sociales psychiatriques (Jacques VIÉ), 783.

**Astrocytomes** du vermis chez l'enfant (Guy LOISEL), 666.

**Atrophies optiques** d'origine syphilitique (la pyrétothérapie dans les) (Luis SANCHEZ-BULNES), 309.

**Audition** (la durée de la perception osseuse dans l') (G. HICQUET), 647.

**Autoéviscération** considérée comme un crime (TRIQUENEAUX), 839.

**Autohémothérapie** et méningites aseptiques dans les affections toxi-infectieuses chroniques du névraxe (M. BOSCHI), 135.

## B

**Basophilisme** de Cushing, formes frustes (F. TURYN), 303.

**Biermer** (maladie de) et responsabilité médico-légale (A. POROT et R. VALENCE), 806.

**Brome sanguin** dans les psychoses (T. J. HENNELY et E. D. YATES), 682.

— sanguin dans la crise oculogyre du parkinsonisme post-encéphalitique (Giuseppe ARAGONA), 682.

— (augmentation du) sanguin en rapport avec les crises d'épilepsie (Giuseppe CURTI), 682.

## C

**Canal vertébral** (la situation des segments médullaires dans le) (E. HINTZSCHE et P. GISLER), 295.

**Cancer** et maladies mentales (Giuseppe BIANCHI), 131.

— (syndrome métastatique aigu médullaire dans le) (G. ROUSSY, J. LHERMITTE et René HUGUENIN), 469.

**Capgras** (syndrome de) (Alberto BROCHADO), 706.

**Caractère** (introduction à une science du) (Ch. BAUDOUIN), 282.

**Caricature** (la) médicale (A. WEBER), 474.

**Cataplexiques** (crises) et anomalies de caractère (de BUSSCHER, MARTIN et van BOGAERT), 473.

**Catatonie** (la) (P. MEIGNANT), 272.

— (la) expérimentale (F. d'HOLLANDER et Ch. LAVISTA), 470.

**Catatonique** (syndrome) consécutif à une intolérance au novarsénobenzol (AURIN), 225.

— (folie d'opposition chez un ancien) traumatisé crânien et tabétique (H. BARUK, CHENEVEAU et ALLIEZ), 627.

— (syndrome) post-typhique curable (Henri ROGER, Albert CRÉMIEUX et Joseph ALLIEZ), 840.

**Cellule nerveuse** (dégénérescence amyloïde de la) (L. MARCHAND), 673.

**Centres cortico-oculogyres** (G.-E. JAYLE), 675.

— encéphaliques de régulation des fonctions végétatives (L. RICCITELLI), 680.

**Céphalo-Rachidien** (Liquide). Recherches sur l'acide formique (J. HAMEL, R. BUISSON et M. CHAVAROT), 28.

— et Sang. Recherche du virus tuberculeux chez les déments précoces (BEERENS), 126.

— chez les syphilitiques. Indications thérapeutiques (A. SÉZARY), 301.

— Pouvoir amylolytique (Norman MOULSON), 302.

— dans l'épilepsie (Spirito CAGLIERO), 302.

— Taux de cholestérine (F. PLAUT et H. RUDY), 683.

— Présence de cellules cancéreuses (H. BERTHA), 684.

**Cerveau** (les modifications du) dans l'alcoolisme chronique et la psychose de Korsakoff (Francis James WARNER), 296.

— (l'activité électrique du) (Tomasso SENISE), 298.

— d'un savant biologiste et médecin (R. ANTHONY), 859.

**Cervelet** (les tumeurs du) et du IV<sup>e</sup> ventricule. Troubles labyrinthiques (AUBRY et Jean LEHEROULLET), 836.

— (cholestéatome du) (P. DIVRY), 840.

— (hémiaplasie du) (Stanislaw MACKIEWIEG), 861.

**Chlorure de Sodium** en injections intraveineuses hypertoniques dans l'épilepsie et la schizophrénie (I.-M. SLIVKO et Mme K.-P. KRIJANOWSKAIA), 307.

**Cholestérinémie** (relations entre la) et la cholestérinorachie (F. PLAUT et H. RUDY), 683.

**Chorée** chronique non huntingtonienne. Incrustations des cellules corticales (J. LHERMITTE et J.-O. TRELLES), 124.

- de Huntington. Recherches hérédopathologiques (Forsten SJÖGREN), 133.
  - fibrillaire de Morvan, acrodynie infantile et troubles psychiques (Henri ROGER et Joseph ALLIEZ), 689.
  - (troubles psychiques du type « acaïria » dans la) de Huntington (O. J. VOLFORSKI), 856.
  - atypique chez un sujet hystérique (Renato CRISTINI), 856.
  - Circonvolutions calleuses chez les Japonais (Kintaro WATANABE), 294.
  - Claude-Bernard-Horner (Syndrome de) par blessure intra-orbitaire (LAINEL-LAVASTINE et Jean VOISIN), 119.
  - Coma hypercalcémique expérimental (J. A. COLLAZO et A. SANTOZ RUIZ), 299.
  - Commissure calleuse (agénésie complète de la) (G. de MORSIER et J.-J. MOZER), 294.
  - Conductibilité électrique du corps humain et dysendocrinie (Yves PORCHER), 254.
  - Confusion mentale (forme délirante de) due à une pyohémie à colibacilles (DESMEDT), 269.
  - Convention et nature psychologique (E. DUPRÉEL), 284.
  - Crâne (augmentation considérable du volume du) chez une adolescente; troubles psychiques et épilepsie (H. BAONVILLE, J. LEY, A. MEYERS et J. TITECA), 125.
  - les perturbations psychiques chez les blessés du) (J. NELKEN), 660.
  - (blessure du) par arme à feu. Amnésie (J. HANDELSMAN et J. NELKEN), 661.
  - Crépulescences (les états), leur genèse et leur structure (N.-M. KROL et E.-M. BONNEGARDE), 279.
  - Crime et Châtiment (Angel GARMA), 310.
  - Cryptococcus histolyticus (infection du système nerveux par le) V. TRONCINI), 299.
  - Cysticercose cérébrale (MONIER-VINARD et WEIL), 641.
  - cérébrale (anosognosie de cécité dans un cas de) (Mme H. JOZ), 667.
- D**
- Débile mental (insuffisance motrice avec syndrome myotonique chez un) (DIVRY et EVRARD), 127.
  - Délinquance répétée et identiquement renouvelée (E. GELMA), 643.
  - Délire d'analogie chez un Hindou (AUBIN), 228.
  - à deux chez un parkinsonien et sa mère (G. HEUYER et Charles DURAND), 446.
  - de gynécopathie interne chez une paralytique générale après malarisation (Mlle CULLERRE et Mme EDERT), 613.
  - d'imagination et Mythomanie (Luisce LEVI), 653.
  - aigu (syndrome de) chez un prédisposé (J. PICARD et G. MARQUET), 832.
  - Delirium (étude clinique du) Desmond CURRAN), 281.
  - tremens. Traitement par le butyl-éthyl-barbiturate de sodium (BARGUES et GRIMAL), 439.
  - Démence infantile (W. LÓPEZ ALBO), 273.
  - présénile (H. BAONVILLE, J. LEY et J. TITECA), 471.
  - Démence précoce (la) et les états schizophréniques (Henri EY), 132.
  - Démences (les) chez l'enfant (Gilbert ROBIN), 274.
  - Démétiels (troubles). Signe d'Argyll-Robertson sans syphilis nerveuse (J.-A. BARRÉ, Mlle S. ROUSSET et C. D'ANDRADE), 124.
  - Dengue (psychoses de la) (Nic M. ARCALIDES), 654.
  - Dépersonnalisation dans les maladies cérébrales (B. FRANK), 131.
  - Dercum (maladie de) avec troubles mentaux prédominants (VERMEYLEN et HEERNU), 840.
  - Dermatoses pellagroïdes chez les malades mentaux (Paul REITER et Jakob JAKOBSEN), 481.
  - Déséquilibre mental post-encéphalitique (H. CLAUDE, P. SIVADON et J. AJURIAGUERRA), 442.
  - Déséquilibres (réactions psychopathiques ébauchées en rapport avec des difficultés sociales chez des) (J. VITÉ), 618.
  - Diabète (facteurs psychologiques dans l'étiologie du) (W. C. MENNINGER), 858.
  - Diagnostic difficile (P. MARTIN et L. van BOGAERT), 473.
  - Dipsomanie réactionnelle et périodique (G. DAUMÉZON), 739.
  - Dolichosténomélie, maladie de Marfan (Mme M. ROUDINESCO), 266.
  - Donaggio (réaction de) en psychiatrie (G. CIAFALONI), 531.
  - dans les urines (CIAMPI et BRUNO), 681.
  - Droit (le) pénal allemand, 493.
  - Dure-mère spinale (pathologie de la) (E. RUTISHAUSER), 676.
  - (adéno-épithéliome métastatique de la) (G. MARINESCO et M. GOLDSTEIN), 677.



**Dysplasies neuro-ectodermiques congénitales** (L. van BOGAERT), 663.

**Dystasie aréflexique héréditaire** (Gustave ROUSSY et Gabrielle LÉVY), 289.

## E

**Eclampsie. Etude anatomo-clinique** (ALAJOUANINE et HORNET), 123.

**Ecorce cérébrale** (les phénomènes électriques de l') (MARIO GOZZANO), 298.

— (état pénétré de l'). Troubles circulatoires du cortex (ALAJOUANINE, Th. HORNET et R. THUREL), 641.

**Embolies gazeuses** (manifestations encéphaliques des) (J. LHERMITTE), 663.

**Encéphale** (les parasites de l') (Mme A. A. MIROTVORSKAIA), 290.

— de l'embryon et du fœtus. Teneur en calcium et en potassium (R. J. LANDA-GLAZ), 299.

**Encéphalite japonaise**; anatomo-pathologie (Ivan BERTRAND et K. MIYASHITA), 121.

— guanidinique (Antonio GÓMEZ MARCANO), 296.

**Encéphalite épidémique. Hallucinations visuelles et troubles de la perception** (Mme E. L. KAGANOWSKAIA), 276.

— (psychoses de l') chronique (R. HELSPER), 276.

— Unité ou pluralité ? (Robert CLÉMENT), 849.

— Les séquelles oculaires tardives (F. TERRIEN), 849 ; (M. TEULIÈRES et J. BEAUVIEUX), 850.

— Mouvements associés de la langue contrôlés par l'effort volontaire (Melbourne J. COPPER), 850.

**Encéphalo-myéélite subaiguë consécutive à la vaccination Antiamarile** (J. LHERMITTE et FRIBOURG-BLANC), 264.

**Endocrinologie** (Noël FIESSINGER), 489.

**Enfants** (compagnons imaginaires des) (Margaret SVENDSEN), 283.

**Epilepsie généralisée. Ralentissement intellectuel et tumeur cérébrale probable** (R. ANGLADE et L. VIDART), 77.

— Anatomo et Physiopathologie (H. STECK), 145.

— expérimentale du chien (E. M. STEBLOW), 297.

— extrapyramidale avec crises pseudo-émotives et polyurie paroxystique (BARUK et POMMEAU-DELILLE), 640.

— post-malariathérapique (ALEXANDER et J. TITECA), 646.

— (métabolisme de l'eau dans l') (A. NERI), 682.

**Epileptiques** (état mental des) (Edward M. BRIDGE), 279.

— (études en série de l'intelligence chez les) (Joseph FETTERMAN et Margaret R. BARNES), 279.

— (variations cholestérinémiques et déséquilibre du métabolisme lipidique chez les) (L. JACCHIA et G. FATTOVITCH), 302.

**Etudes neurologiques** (Georges GUILLAIN), 483.

**Evolution** (la notion d') et les rapports de la mentalité primitive avec la psychopathologie (P. RUBENOVITCH), 652.

**Excitation** (états d') post-opératoires (Wendell MUNCIE), 277.

**Exhibitionnisme et acromégalie** (Jean PICARD), 400.

## F

**Faux du cerveau** (les calcifications de la) (James FERRAZ ALVIM), 289.

**Fièvre** (le facteur endocrino-sympathique dans le mécanisme de la) (Albert SALMON), 303.

**Fléchisseurs de la main. Réaction myotonique isolée** (G. HEUYER, Mme ROUDINESCO et Mme LESUEUR), 836.

**Flexion de la tête** (le signe de) (F. Th. MÜNZER), 664.

**Fractures de la base du crâne. Indications thérapeutiques précoces** (Ch. LENORMAND), 137.

**Friedreich** (maladie de) et hérédotaxie cérébelleuse. Le feutrage arachnoïdien postérieur (Th. ALAJOUANINE, Th. HORNET et R. ANDRÉ), 641.

— et affections hérédo-dégénératives. Etude des fonctions cochléaires (Georges GUILLAIN, P. MOLLARET et M. AUBRY), 670.

**Frontale** (les lésions de la troisième gauche sans aphasia) (Marcos VICTORIA), 290.

## G

**Génétique et psychanalyse** (W. BISCHLER), 662.

**Génie** (le) et le bonheur (Henry HARPER-HART), 286.

**Gigantisme, terreurs nocturnes et délire d'imagination** (Jacques DELMOND et Louis ANGLADE), 385.

- Glande pinéale (tumeurs de la) sans signes de localisations (SCHAEFFER, Th. de MARTEL et GUILLAUME), 266.
- Goitre et maladie mentale (P. COPPOLA), 304.
- à forme toxique. Anamnèse (Agnès CONRAD), 304.
- de la puberté (E. B. del CASTILLO et J. ARGONZ), 304.
- exophtalmique (simulation d'une atrophie musculaire par) (J. B. AYER, J. H. MEANS et J. LERMAN), 305.
- Gratitude (la) chez les enfants et les adolescents (Franziska BAUMGARTEN), 845.
- Groupes sanguins (la différenciation psychique par rapport aux) (V. TOMASZEWSKI), 300.

## H

- Hallucinations visuelles chez les cata-ractés (A. BRUNERIE et R. COCHE), 466.
- visuelles projetées et dessinées (L. MARCHAND, J. FORTINEAU et Mlle P. PETIT), 205.
- chez les ophtalmopathes (LHERMITTE et AJURIAGUERRA), 232, 324.
- visuelles, conscientes et transitoires (DAUMÉZON), 257.
- auditives verbales. Examen audiométrique (Ferdinand MOREL), 520.
- (récidive d') après une hémorragie (VURPAS et FABRE), 644.
- Hémianopsie binasale (A. BAUDOUIN, Pierre HALBRON et M. DEPARIS), 289.
- Hémibulbaire (syndrome) associé à une paralysie croisée du pathétique (LÉVY-VALENSI, Justin-BEZANÇON et G. TILITCHEEF), 468.
- Hémiplégie par embolie gazeuse due à un pneumothorax (J. TINEL et M. JACQUET), 263.
- à début progressif (Louis RAMOND), 291.
- à la suite d'hémorragie et de tamponnement de la région carotidienne (H. CALLEWAERT), 473.
- Hémorragie méningée chez un hémophile (W. LÓPEZ ALBO), 293.
- sous-durale tardive (M. W. STERLING et M. WOLFF), 853.
- Hippocrate philosophe (M. KLIPPEL), 129.
- Histoire illustrée de la Médecine (René DUMESNIL), 847.
- Hydrocéphalies (les) d'origine optique, accidents méningés otogènes (Robert BOURGEOIS), 486.
- Hypérpnée (LARUELLE et L. MASSION), 473.

- Hypertension intrarachidienne post-traumatique par exostose de la voûte (P. MASQUIN), 266.
- Hypertonie paroxystique émotionnelle (Max LEVIN), 272.
- Hypnotisme (concepts fondamentaux de l') (Americo FUNK), 858.
- Hypophysaire (nouvelle réaction) applicable à la psychose intermittente (X. et P. ABÉLY, M. et Mme COULÉON), 413.
- Hypophyse et diabète (Léon BINET), 304.
- Hypothalamus (l') (G. ROUSSY et M. MOSINGER), 675.
- Altérations des noyaux de la base dans l'alcoolisme (A. CACCHIONE), 675.
- Hystérie (le problème actuel de l') (H. CODET), 857.

## I

- Ictus apoplectiforme suivi d'acalculie, dyslexie et dysgraphie chez un polyglotte (Jacques LEY), 841.
- Idiotie (la psychose catatonique primitive de l') (C. J. C. EARL), 132.
- familiale amaurotique juvénile (R. M. NORMAN), 855.
- Illusion des amputés (QUERCY et de BOUCAUD), 653.
- Impulsion au magnicide révélatrice d'hébéphrénie (P. COURBON et FORTINEAU), 770.
- Inconscient (le cycle de l') (Emile LUBAC), 650.
- Index phytotoxique (l') dans la schizophrénie (William FREEMAN, Joseph M. LOONEY et Rose R. SMALL), 300.
- Indigence (l') intellectuelle (EWALD), 131.
- Infarctus du poumon d'origine embolique. Rôle du système nerveux vaso-moteur (J. DELARUE, L. Justin-BEZANÇON et P. BARDIN), 676.
- Infundibulaire (syndrome), trophœdème et troubles mentaux (Paul COURBON et C. FEUILLET), 73.
- (syndrome) avec phénomène de dépersonnalisation (LHERMITTE et ALBESSAR), 469.
- Innervation antagoniste systématique et irréductible (Ed. BECK), 852.
- Instrument (l'usage de l') chez les singes (P. GUILLAUME et I. MEYERSON), 284.
- Insuline. Valeur thérapeutique dans certains troubles ovariens (O. POU-LAIN-LANDRIEU), 309.

**Intoxication oxycarbonée** avec légère hémorragie méningée et troubles mentaux tardifs (H. BAONVILLE, J. LEY et J. TITECA), 471.  
**Ironie (l')** (Vladimir JANKÉLÉVITCH), 843.

## J

**Jalousie et érotomanie** (Henri CLAUDE et Daniel LAGACHE), 643.

## K

**Kant** (correspondance de) sur les rapports de l'âme et du corps (W. RIESE et A. RÉQUET), 44.

## L

**Landry** (maladie de) (CALLEWAERT), 842.  
**Laurence-Moon** (syndrome de) (LHERMITTE et BOLLACK), 265.  
**Lemniscus latéral** (la région du) et ses commissures (A. GEREBTZOFF), 270.  
**Lobe frontal**. Ablation partielle sans troubles de l'équilibre (A. THOMAS, Th. de MARTEL et GUILLAUME), 120.  
 — préfrontal (symptômes du) (Egas MONIZ et Almeida LIMA), 468.  
 — pariétal. Physiopathologie et syndromes anatomo-cliniques (Roque ORLANDO), 674.  
 — (tumeurs du) frontal. Le syndrome akinético-hypertonique (Paolo OTTONELLO), 851.  
**Logique** (la) vivante de l'esprit enseignée par le langage (E. PICHON), 284.  
**Logopédie** (la) des aphasies (A. A. FLORENSKY), 853.

## M

**Magnésium** (l'hyposulfite de) en thérapeutique psychiatrique (Maurice CAPPELLE), 491.  
**Malades agités** (le sang des) non soumis à un traitement par la diéthylmalonylurée (A. LEROY), 126.  
**Maladie** (politiques morbides de la) (MONTASSUT), 652.  
**Maladies mentales** (l'auto-épilation dans les) (Guido CARNEVALI), 282.  
 — (la pyrétothérapie chimique dans les) (Ricardo BORDAS-JANÉ), 309.

— (la natalité dans certains groupes de) (Erik ESSEN-MÖLLER), 480.  
 — L'index-tyrosine de polypeptidémie (P. TOMESCO, N. GRUIA TONESCO et P. CONSTANTINESCO), 548.  
 — (déséquilibre vago-sympathique dans les) (Henrique Roxo), 654.  
 — (syndrome interpariétal dans les) (M. GUREWITSCH), 661.  
**Malariathérapie** (Guérison durable d'un cas d'asthme bronchique avec la) (Charles COSTANZI), 310.  
**Maniaque-dépressive** (Psychose). Recherches anatomo et histopathologiques (Fr. MEYER), 295.  
 — endogène; métabolisme hydrocarboné (José M. SACRISTAN), 300.  
 — et folies discordantes (Julien ROUART), 475.  
**Marihuana** (la). Nouveau procédé d'intoxication par le chanvre indien (Walter BROMBERG), 278.  
 — (troubles mentaux par l'intoxication aiguë par la) (Samuel RAMIREZ-MORENO), 278.  
**Leucostoidites** (signes neurologiques dans les) (J. M. NIELSEN et Cyril B. COURVILLE), 288.  
**Médecine et Education** (M. PÉHU, G. MOURIQUAND, J. FROMENT, P. MAZEL, A. FEYEU, A. JOUVE, A. MESTRALLET, R.-P. JACQUET et René BIOT), 490.  
**Médicaments sympathicolytiques** (Raymond HAMET), 136.  
**Mélitococcie** (les troubles psychiques de la) (Henri ROGER et Albert-CRÉMIEUX), 846.  
**Mémoire** (la). Psychogénèse et pathogénèse (M. DIDE), 285.  
**Méninges** (modifications des) dans certaines maladies du système nerveux central (ALAJOUANINE et HORNET), 123.  
**Méningiomes cérébraux** (L. PUUSEPP), 668.  
 — de la petite aile du sphénoïde (Marcel DAVID et D. MAHOUDEAU), 668.  
**Méningite aiguë lymphocytaire bénigne** (Fernando de OLIVEIRA BASTOS), 292.  
 — aiguë aseptique (Henry R. VIETS et James W. WATTS), 293.  
 — séreuse évoluant sous forme de tumeur du cerveau (V. G. LAZAREV et B. LEBOVITCH), 669.  
 — séreuse de la poliomyélite et méningite tuberculeuse (B. TASSOVATZ), 669.  
 — lymphocytaire (Laurent PINELLI et Pierre VENTRE), 669.  
 — aiguë méliococcique enkystée chez un paralytique général (L. MARCHAND, Mlle P. PETIT et J. FORTINEAU), 754.



- pneumococcique traumatique (EVRARD), 842.
- Méningites à pneumocoques (traitement biologique des) (Alfredo CASTOLDI), 309.
- infectieuses. Clinique et anatomopathologie (G. G. SOKOLANSKI et E. N. KOVALOV), 669.
- (les) sont plexogènes (K. LEWKOWICZ), 677.
- Méningococcies (les) (R. L. GOLBERG), 293.
- Méristhénie paroxystique de nature psychonévrosique (E. GELMA et P. CHAVIGNY), 264.
- Mérycisme démentiel par altruisme morbide (Paul COURBON et Maurice LECONTE), 463.
- Mésencéphalite (tableaux cliniques pseudo-schizophréniques dans la) (Th. DETENHOFF), 856.
- Métabolisme avant et pendant la morphinisation (H. BIRKHAUSER), 680.
- Miction (les troubles de la) en pathologie nerveuse (Th. ALAJOUANINE et R. THUREL), 288.
- Migraines (traitement des) (PASTEUR VALLERY-RADOT), 136 ; (PASTEUR VALLERY-RADOT et Jean HAMBURGER), 485.
- allergiques (Jean HAMBURGER), 664.
- Miller (délire de). Etude comparée de la psychologie des foules (Simon STONE), 281.
- Moyens biologiques (action des) sur les processus biologiques (G. E. RICHTER), 306.
- Myasthénie bulbo-spinale et paralysies oculaires périodiques (Henri SCHAEFFER), 667.
- Myélite compliquant la grossesse et l'accouchement (S. A. FREIMAN), 134.
- Myéloses funiculaires (A. AUSTREGESIO), 134 ; (Jairo RAMOS), 671.
- Myoclonies rythmées et myoclonies squelettiques (O. CROUZON et Jean CHRISTOPHE), 120.
- vélo-pharyngo-laryngées (J. DE-REUX), 467.
- vélo-palato-linguales et des globes oculaires (HELSMOORTEEL et L. van BOGAERT), 647.
- (de SAVITSCH), 647.
- Myoclonique (le syndrome) synchrone et rythmé vélo-pharyngo-laryngo-oculo - diaphragmatique (Georges GUILLAIN et Pierre MOLLARET), 665.
- Myoneurale (zone de jonction) ou plaque motrice (R. NOEL et B. POMMÉ), 673.
- Myotonie atrophique (Cas atypique de) (L. MASSION-VERNIORY), 127.
- Nanisme achondroplasique (J. PICARD et G. MARQUET), 827.
- Narcolepsie (la) (Pasquale PENTA), 848.
- (le rôle du cortex cérébral dans la) (Max LEVIN), 849.
- Nerf (modifications fonctionnelles du) au cours de la dégénérescence wallérienne (Jean TITECA), 663.
- Neurinome du nerf acoustique. Cécité et troubles psychiques (L. MARCHAND), 760.
- Neurinomes multiples (P. SAINTON et J. LHERMITTE), 123.
- Neurofibromatose (compressions médullaires dans la) (O. CROUZON et J. CHRISTOPHE), 134.
- Neurologie (R. MONIER-VINARD), 484.
- Neurologie (la formation du) (Percival BAILEY), 286.
- Neuro-myélite optique (CESTAN, RISER et PLANQUES), 292.
- — optique autonome (HALBRON, LEVIGNE et KLOTZ), 642.
- Neurosyphilis (pathogénie des formes frustes de). Paludisme et syphilis (J. DUBLINEAU), 245.
- (formes frustes de) et superinfection syphilitique (J. DUBLINEAU), 249.
- Névralgie essentielle et paroxystique du grand nerf d'Arnold. Traitement chirurgical (F. ODY), 137.
- du glosso-pharyngien guérie par l'alcoolisation (G. GUILLAIN et M. AUBRY), 265.
- du glosso-pharyngien et son traitement (D. PETIT-DUTAILLIS et P. SCHMITE), 672.
- Névralgies du trijumeau (J. HAGUE-NAU), 672.
- Névrite hypertrophique progressive de l'enfance. Cas anatomo-clinique atypique (A. SOUQUES et Ivan BERTRAND), 135.
- Névrogie humaine (V. TRONCONI), 859.
- (altérations de la) dans la méningo-encéphalite tuberculeuse, 860.
- Névrose du système végétatif pendant la compression oculaire (R. A. SCHWOB et Marcel MONNIER), 264.
- et criminalité (M. MÜLLER), 494.
- Névroses (classification des) (P. HARTENBERG), 857.

- Obsédés (psychologie et physiologie des) (Henry M. GALLOT), 478.
- Oculogyres (les crises) en pathologie mentale (Georges PETIT), 459.

- Oligodendrogliome de la base du cerveau (DIVRY et EWRARD), 269.
- Ophtalmoplégies familiales (CROUZON, CHRISTOPHE et Mme BRAUN-VALLON), 667.
- Ostéo-arthropathies vertébrales tabétiques (Th. ALAJOUANINE et R. THUREL), 135.
- P
- Paget (maladie osseuse de). Compression médullaire et restauration opératoire (Cl. VINCENT, L. LANGERON, J. DEREUX et L. LEMAITRE), 641.
- Paludisme (existe-t-il un virus filtrable du parasite du) ? (B. SPAGNOLI), 301.
- Para-hypophysaires (affections chirurgicales) à symptomatologie ophtalmologique (P. MARTIN), 648.
- Paralysie flasque au cours d'un cancer de la prostate (LHERMITTE et BEAUDOIN), 125.
- ascendante de Landry. Clinique et histopathologie (J. N. KORGANOW), 135.
- due au sérum antidiphtérique et paralysies diphtériques (J.-A. CHAVANY, F. THIÉBAUT et S. THIÉFFRY), 468.
- Paralysies d'origine centrale. Troubles vaso-moteurs (Paul C. BUCY), 664.
- Paralysie générale sénile (Adanto BOTHELO), 280.
- (la) au Brésil et dans d'autres pays (Ivanasso SEUISSE), 280.
- , Négativité du liquide céphalo-rachidien (Mariano FONTANA), 301.
- , 115 cas traités par le Stovarsol sodique (L. MARCHAND), 398.
- et aphasie chez les syphilitiques (P. GUIRAUD et G. FERDIÈRE), 404.
- et hémorragie méningée (DONNADIEU et BARGUES), 435.
- (tableaux cliniques schizophréniques dans la) (I. SOMOGYI et L. V. ANGYAL), 659.
- des tabétiques (A. SÉZARY et H. GALLOT), 659.
- (les plexus choroïdes dans la) (M. B. UBALDO), 677.
- Paralytiques généraux (la forme clinique dans la production des rémissions chez les) (Alex OBREGIA, Alfred DIMOLESCO et Alex VASILESCO), 280.
- (états affectifs des) (Purcell G. SCHUBE), 281.
- (lésions du fond d'œil des) traités par la tryparsamide (L. MARCHAND), 427.
- (productions gommeuses chez deux) impaludés (Henri CLAUDE et Fl. COSTE), 607.
- avant et après le traitement malarique (M. WEISSFELD), 659.
- (les pigments neuroferriques dans l'encéphale des) (Carlo PANARA), 678.
- Paraplégie en flexion d'origine cérébrale chez un paralytique général traité par les ondes courtes (Henri CLAUDE et Fl. COSTE), 641.
- pottique (E. SORREL et Mme SORREL-DÉJERINE), 641.
- obstétricale avec myélomalacie (G. HOERNER), 676.
- Parkinson (maladie de) et syphilis (H. SCHAEFFER et René BIZE), 850.
- familiale (M. NAGY), 851.
- Parkinsonienne (une marâtre) (Paul COURBON et Ch. FEUILLET), 199.
- Parkinsonisme post-encéphalitique (le traitement du) (R. LEY), 127.
- post-traumatique chez un ancien encéphalitique (TINEL), 469.
- post-encéphalitique. Anatomie pathologique (S. MESSING), 679.
- , Recherches électro-myographiques (E. MISEROCCHI), 684.
- post-encéphalitique chez un enfant traité par la méthode de Roemer (M. BRISSOT et DELSUC), 746.
- manganique (Louis LYON-CAEN et André JUDE), 851.
- Peines (de la légalité des) (J. CONSTANT), 492.
- Périvasculaires (les) dans les affections nerveuses inflammatoires (Ivan BERTRAND et K. MIYASHITA), 125 et — dégénératives (Ivan BERTRAND et MIYASHITA), 125.
- Persécuté (Procédés de défense sensorielle chez un) (LAIGNEL-LAVASTINE, Jean VINCHON, Georges d'HEUCQUEVILLE et J.-J. SAMBRON), 242.
- Peste (la) d'Athènes (J.-P. BÉTEAU), 475.
- « Phénomène d'obstacle » de Donaggio dans l'épilepsie (L. CABITTO), 301.
- Phobies (M. SCHAECHTER), 653.
- Pick (maladie de) (E. BECKER), 678.
- , Exploration encéphalographique (B. SPAGNOLI), 854.
- Plasticité (la) des mots et la cohésion du discours (PKZYLUKSI), 285.
- Pneumonie chez les enfants. Syndromes encéphalo-méningés et abdominaux (P. NOBÉCOURT), 288.
- Polydactylie chez un imbécile (M. BRISOT et DELSUC), 752.
- Polyglobulie et psychonévroses hystériques (G. BRAVETTA), 682.
- Polynévrite neuro-anémique des membres supérieurs (H. ROGER et Jean OLMER), 122.

- (association de) néphrite et crampes (J. DEREUX et J. TITEGA), 641.
- tuberculeuse (Carlos F. CARDENAS, Francisco J. MENENDEZ, Emilio SOTO PRADERA, Sidney ORRET et Augustin M. ABRIL), 672.
- Profil psychologiques de Vermeylen. Une présentation nouvelle (F. FISHGOLD), 284.
- Prophylaxie (la) criminelle et les psychiatres (L. VERVAECK), 269.
- Psychanalyse (ce que la clinique française a retenu de la) (A. HESNARD), 662.
- Psychasthénie et psychose dépressive (P. ARMENISE), 275.
- avec accès hystéroïdes ou simulation (L. BALLIF, Ch. BALLIF et E. GLINOER), 857.
- Psychasthénique (syndrome) et hyperhypsophysie (C.-I. PARHON, A. KREINDLER et E. WEIGL), 352.
- Psychiatrie (la) dans ses rapports avec la psychopathologie de l'enfant (G. VERMEYLEN), 268.
- (tendances actuelles de la) en Belgique (G. VERMEYLEN), 359.
- (tendances actuelles de la) en Hollande (W.-M. van der SCHEER et W. HEMMES), 554.
- hindoue ancienne (R. F. G. MÜLLER), 651.
- (tendances actuelles de la) en Suisse (A. REPOND), 748.
- Psychologie (la) expérimentale et comparée (Pierre JANET), 481.
- Psychonévroses (les associations motrices dans les) (Clarke H. BARNACLE, Franklin G. EBAUCH et Frederik LEMERE), 858.
- Psychopathologie collective (H. CLAUDE), 651.
- Psychose typhique (Manuel-M. CABEZA), 276.
- puerpérale à évolution démentielle, guérison brusque par fièvre spontanée (DAELMAN), 471.
- associée à une tumeur cérébelleuse de la ligne médiane (Leo STONE et William C. MENNINGER), 856.
- Psychoses symptomatiques (le problème des) (I. GOTTSCHICK), 130.
- dépressives. Etudes cliniques des différents types (Paul SCHILDER), 274.
- endogènes atypiques et recherches familiales (K. LEONHARD), 275.
- affectives prodromiques de l'encéphalite épidémique et des syndromes parkinsoniens (Tomasso SENISE), 275.
- séniles. Etiologie et pathogénie (F. COLAPIETRA), 280.

- associées aux altérations probables de l'hypothalamus (Milton-L. MILLER), 303.
- de la ménopause (HOVEN), 471.
- et cécité (HEERNU et BAUDOUX), 646.
- Pupille excentrique et néo-formation basilaire (GARCIN), 122.

## Q

- Quinke (maladie de). Paralyse récidivante des nerfs crâniens (J. PINCZEWESKI et W. STEIN), 666.

## R

- Rachis (tumeur du) secondaire à un kyste du thorax (Th. de MARTEL, GUILLAUME et THUREL), 836.
- Racines rachidiennes postérieures (les fibres motrices intramédullaires des) (André BARBÉ), 860.
- Radiculo-névrite avec hyperalbuminose céphalo-rachidienne (Georges GUILLAIN), 642.
- Ramollissement hémorragique d'origine veineuse chez un enfant (J. LHERMITTE, J. LEREBOUTLET et KAPLAN), 124.
- (le) laminaire de l'écorce cérébrale (Th. ALAJOUANINE et Th. HORNET), 838.
- Ramollissements (conservation des couches superficielles du cortex dans les) (ALAJOUANINE, HORNET et THUREL), 467.
- Recklinghausen (maladie de) associée à d'autres dysgénésies du système nerveux (V. M. SLONIMSKAIA et S. B. BALABAN), 670.
- Réflexe oculo-cardiaque spontané et intempestif (S. VIALARD), 664.
- Réflexes rotuliens; appareil pour la mesure de l'amplitude (Th. SIMON, Louis ANGLADE et Mlle P. PETIT), 203.
- conditionnels (MARINESCO et KREINDLER), 286, 487.
- Régénération du tissu nerveux chez les vertébrés supérieurs (O. ROSSI et G. GASTALDI), 859.
- Releveur de la paupière supérieure (les états spasmodiques du) par lésion cérébrale en foyer (Gustave ROUSSY et Gabrielle LÉVY), 289.
- Responsabilité médicale. Sérothérapie antitétanique (M. COURTOIS-SUFFIT et Francis BOURGEOIS), 311.
- Rétine (hypotonie traumatique de l'artère centrale de la) (H. COPPEZ), 270, 648.



- Rêves (nos) et leurs qualités (René FRANQUET), 662.  
 Rhumatisme cérébral (J. CATHALA, E. FRIEDMAN et R. LAPLANE), 855.  
 Rire spasmodique immédiatement avant le décès ; hémorragie thalamique double (ANDERSEN), 128.  
 Rocher (repérage radiographique du) dans les tumeurs de la 8<sup>e</sup> paire (Clovis VINCENT), 120.  
 — (le syndrome de la pointe du) (G. MARINESCO et GRIGORESCO), 665.  
 Rubrospinal (faisceau) (André-THOMAS), 123.

## S

- Schilder (maladie de) (Jacques de MASARY et R. ALBEISSAR), 121.  
 Schizophasie (Jacques DELMOND), 478.  
 Schizophrène malgache (peintures et dessins d'un) (V.-L. HUOT), 472.  
 Schizophrènes (le dessin des) (Peter Emil BECKER), 133.  
 — (recherches anatomo- et histopathologiques chez les) (Fr. MEYER), 295.  
 — (la constitution morphologique des) (Carmelo VENTRA), 656.  
 — (les différences sexuelles dactylographiques chez les) (H. POLL), 657.  
 Schizophrénie (les recherches végétatives dans la) par la technique de Danielopolu (N. ANCOCHEA et C. RODRIGUEZ CUEVILLAS), 132.  
 — (de la toxicité dans la) (P.-E. SNESAREF), 273.  
 —. Traitement par les injections de sang de placenta (J. B. GALANT), 307.  
 —. Traitement par le soufre (Albrecht LANGELUDDEKE), 307.  
 — (crime inintelligible, symptôme initial de) (A. W. HACKFIELD), 311.  
 — (début aigus dans la) (J. J. ROSENBLUM et B. S. GUESSELSON), 654.  
 — (influence des processus focaux du cerveau sur le tableau de la) (J. DRETHER), 656.  
 —. Etiologie et pathogénie (Torsten LINDNER), 656.  
 — à évolution bénigne (B. D. FRIEDMANN), 657.  
 — (pseudo-hallucinations dans la) (G. PISK), 658.  
 — greffée (H. KATZENFUSS), 658.  
 —. Traitement par l'insuline (L. BARANOWSKI, J. BORYSOWICZ, MARZYNSKI, A. OSSENDOWSKI, J. PARADOWSKI et S. T. WITEK), 685 ; (H. STRECKER), 685.  
 —. Traitement par le choc hypoglycémique (W. EDERLE), 685.

- . Actions de certains médicaments (H. C. BECCLE), 686.  
 — (la) et les états schizoïdes dans le milieu militaire (Paul FAVERET), 846.  
 Schizophrénies exogènes et composantes « symptomatiques » des schizophrénies idiopathiques (K. LEONHARD), 655.  
 Schizophrénie (syndrome) exogène (GUNNAR LINDQUIST), 655.  
 Sclérose en plaques familiale (J. DE-REUX et A. PRUVOST), 265.  
 —. Etiopathogénèse (Salvatore GULLOTTA), 671.  
 —. Diagnostic précoce (S. JUSTMAN), 671.  
 — associée à la maladie de Basedow (M. A. I. VILKOMIRSKY), 671.  
 Sclérose latérale amyotrophique à début bulbaire (J. MOLDAVER et J. TITECA), 842.  
 Sclérose tubéreuse avec lésions osseuses rares (Jacques S. GOTTLIEB et Georges R. LAVINE), 855.  
 Sensations (les) sont-elles dans notre tête ? (R. RUYER), 283.  
 Service de psychiatrie d'urgence de la Pitié (LAIGNEL-LAVASTINE et Georges d'HEUCQUEVILLE), 444.  
 — de psychiatrie d'urgence de l'hôpital Saint-Antoine (Ph. PAGNIEZ et A. CEILLIER), 589.  
 Services (les) hospitaliers de psychiatrie dans l'Afrique du Nord (A. POROT), 793.  
 Simulation discutée (H. CLAUDE, P. SIVADON et A. P. L. BELEY), 408.  
 Société Médico-Psychologique. Liste des Présidents, Secrétaires généraux et Trésoriers, 52.  
 —. Bureau pour 1936, 54.  
 —. Liste des membres, 54.  
 —. Allocution de M. Th. SIMON, président sortant, 87.  
 —. Allocution de M. VURPAS, président, 88.  
 —. Commission des Prix, 90.  
 —. ELECTIONS. Membres correspondants nationaux : Mme A. MASON, 91 ; Mlle DESCHAMPS, 224 ; MANS, 582. — Membre titulaire : R. ANGLADE, 91. — Membre associé étranger : A. BROCHADO, 224.  
 —. Commission chargée d'étudier la question des Assistantes sociales, 224.  
 —. Décès du Professeur L. BOUMANN, 426.  
 —. Célébration du 3<sup>e</sup> Centenaire de l'Université Harvard, 776.  
 —. Vœu concernant la protection des malades mentaux, 777.  
 —. Rapport sur le mémoire présenté pour le prix Aubanel, 778.

- — —. Rapport sur le mémoire présenté pour le prix Moreau de Tours, 780.
- Sommeil (les centres du) (T. OKHUMA et K. TUYUNO), 294.
- (le) et la veille au cours du cycle vital de l'homme (J. MAZURKIEWICZ), 679.
- Status dysraphicus (Luis ROJAS), 289.
- Steiner (maladie de) (CLAUDE et COSTE), 120.
- Stéréotypie démentielle d'attitude en station sur la tête (Paul COURBON et FEUILLET), 390.
- Strontium (les sels de) en thérapeutique (Jean GOUJON), 492.
- Suggestibilité (la) dans les troubles mentaux (G. G. INGVARSSON et S. J. LINDBERG), 652.
- Suicide (tentatives de) répétées chez un instable déprimé sans travail (LAIGNEL-LAVASTINE, Georges d'HEUCQUEVILLE et J.-J. SAMBRON), 248.
- (impulsions au) chez un vieillard épileptique (P. COURBON et Mlle S. ROUSSET), 766.
- Suicides et homicides dans leurs relations avec les modifications barométriques (C. A. MILLS), 311.
- Sympathique (la radiothérapie du) (L. DELHERM et BEAU), 136.
- lombaire (infiltration novocaïnique du) (René LERICHE et René FONTAINE), 136.
- Sympathiques (terminaison des nerfs) (C. UNGAR), 674.
- Syndrome dénommé « mains et pieds en fourche » (G. MUYLE et R. BATSCLAERE), 839.
- protubérantiell (H. BAONVILLE, M. MOREAU et J. TITECA), 841.
- Syphilis (la) congénitale chez les déficients mentaux adultes (K. C. L. PADDLE), 274.
- nord-africaine et localisations nerveuses (Etienne BOLTANSKI), 859.
- Syngobulbie avec atrophie optique unilatérale (COSTE, BOLLACK, FAUVET et Mme S. DELTHIL), 265.
- Syringomyélie (la radiothérapie dans la) (LHERMITTE), 469.
- (forme acroparesthésique de la) (J. LHERMITTE, BIGNON et NEMOURS-AUGUSTE), 640.
- Système nerveux végétatif (Exploration du) (C. VAZQUEZ-VELASCO), 297.

## T

Tabes (caractères des douleurs fulgurantes du) (ALAJOUANINE, THUREL et BRUNELLI), 119.

- Tabétiques (crises salivaires) (Juan C. MONTANERO et Julio L. HANON), 292.
- Tabo-paralyse avec symptomatologie initiale de tumeur cérébrale (Aristides BARRANCOS et Rafael HERNANDEZ RAMIREZ), 292.
- Thalamus (Hémorragie du) ; symptomatologique (J. LHERMITTE), 121.
- Thérapeutique aspécifique complète dans la confusion mentale et la démence précoce (A. LASSZEA), 686.
- Thrombophlébite (Aspect de) du sinus caverneux, complication d'une septicémie (J. COPPEZ et P. MARTIN), 270.
- Thorium (bioxyde de) colloïdal. Son injection dans le diagnostic intracranien (L. ALEXANDER, T. S. JUNG et R. S. LYMAN), 287.
- Thorotrast (injection de) pour les recherches expérimentales sur le système nerveux central (K. KOSHIMIZU), 297.
- Thrombose des vaisseaux avec signes de lésion transversale de la moelle (K. UTTL et Jos. CERNAECK), 134.
- Tonus (les aspects familiaux des paroxysmes réflexes du) (Ludo van BOGAERT), 1.
- Topographie cranio-encéphalique (V. BERTOLA), 673.
- Toxicomanies. Traitement par les lipides végétaux (Roger DUPOUY et Maurice DELAVILLE), 307.
- Autosérothérapie par le vésicatoire (CARRATALA), 308.
- Traitement de certaines maladies nerveuses et mentales. Méthodes spéciales (Henrique ROXO), 642.
- Traumatismes craniens (L'œdème cérébral dans les) (PUECH), 838.
- Travail (thérapeutique par le) (W. M. van der SCHEER), 305.
- (traitement par le) dans l'Etat de New-York (Eleanor C. SLAGLE), 305.
- traitement des malades mentaux par le). Idées et réalisations de H. Simon (Jacques Vié), 306.
- Travestissement (le). Essai de psychopathologie sexuelle (Agnès MASSON), 479.
- Tribunal des Enfants (P. de NEMETH), 494.
- Trou occipital (le syndrome du) (LARRUELLE), 265.
- Troubles mentaux. Conditions biologiques (Pierre DOUSSINET), 488.
- Tryptophane (variations du) dans le sérum des malades mentaux (Antonio CAMPANA), 683 ; (MASSAUT et MATHIEU), 840.
- Tuberculose et démence précoce (Manuel M. CABEZA), 273.
- cérébrale (ROBALINHO CAVALCANTI), 291.

- (recherche du bacille de la) dans les maladies mentales. Méthode de Hartung (A. ANSCURI), 683.
- Tumeur angiomateuse du bulbe et du cervelet (DAVID), 838.
- épiphysaire ; envahissement des ventricules latéraux (J. de BUSSCHER), 842.
- Tumeurs (deux) simultanées dans l'hémisphère cérébral d'un enfant (Percival BAILEY et Adolfo LEY), 297.
- de l'angle ponto-cérébelleux (DARQUIER et SCHMITE), 666.
- Tumeurs cérébrales (le mécanisme de la mort dans les) (P. van GEHUCHTEN), 265, 271.
- — métastatiques (Henri ROGER et Jean-E. PAILLAS), 291.
- —, excepté les tumeurs de l'hypophyse (Th. de MARTEL), 291.
- — (troubles psychiques dans les) (W. STERLING), 660.
- — (valeur localisatrice et pathogénie des troubles psychiques dans les) (J. ROTHFELD), 660.
- — (formes mentales des) (E. LARIVÉ et R. MATHON), 694.

## V

- Vasodilatateurs (appareils périphériques) et terminaisons nerveuses sensibles (C. UNGAR), 674.
- Venin d'abeilles (l'action neurolyti-

que du (J. LHERMITTE et HASKOVEC), 122.

Ventriculaires (parois). Différences locales de conformation (A. OPALSKI), 294.

Ventriculographie (la) dans les abcès cérébraux (P. MARTIN), 271.

— (Raymond GARCIN), 287.

Versification psychopathique (F. GORRITI), 652.

Vestibulaire (nerf). Etude anatomique chez un malade atteint de vertige de Menière (A. THOMAS et AUBRY), 470.

— (influence du système) sur la pression artérielle (RUBINSZTEJN), 680.

Vestibulaires (les réactions) dans l'intoxication éthylique chronique (J. A. BARRÉ et O. METZGER), 837.

Vision centrale (le champ de projection de la) dans le corps genouillé externe et l'écorce visuelle de l'homme (Adolf JUBA), 861.

Vitamine C., précarance et neuropsychiatrie (H. BERSOT), 92, 187.

— et troubles mentaux (VERMEYLEN et HEERNU), 646.

Voies biliaires (infection des) et troubles mentaux (Mario YAHN), 277.

## Z

- « Zar » (les représentations religieuses relatives au) en Ethiopie du Nord (LEIRIS), 267.



# TABLE ALPHABÉTIQUE DES NOMS D'AUTEURS (1)

## A

- ABÉLY (Paul). V. *Abély* (Xavier).  
—, *Discussion*, 204, 210, 432, 822.  
ABÉLY (Xavier). *Discussion*, 106, 433.  
—, ABÉLY (Paul) et COULÉON (M. et Mme). Réaction hypophysaire applicable à la psychose intermittente, 413.  
ABRIL (A.-M.). V. *Cardenas*.  
AGUIAR WHITAKER (E. de), V. *Guerner*.  
AJURIAGUERRA. V. *Lhermitte*.  
—, V. *Claude*.  
ALAJOUANINE, THUREL et BRUNELLI. *Caractère des douleurs fulgurantes du tabès*, 119.  
— et HORNET. Modifications des méninges dans certaines maladies du système nerveux central, 123.  
— et HORNET. Etude anatomo-clinique d'un cas d'éclampsie, 123.  
— et THUREL (R.). Les ostéo-arthropathies vertébrales tabétiques, 135.  
— et THUREL (R.). Les troubles de la miction en pathologie nerveuse, 288.  
—, HORNET et THUREL. Conservation des couches superficielles du cortex dans les ramollissements, 467.  
—, HORNET (Th.) et ANDRÉ (R.). Le feutrage arachnoïdien postérieur dans la maladie de Friedreich et l'hérédo-ataxie cérébelleuse, 641.  
—, HORNET (Th.) et THUREL (R.). L'état pénétré de l'écorce. Troubles circulatoires du cortex, 641.  
— et HORNET (Th.). Le ramollissement laminaire de l'écorce cérébrale, 838.  
ALBEISSAR (R.). V. *Massary*.  
—, V. *Lhermitte*.  
ALEXANDER (L.), JUNG (T. S.) et LYMAN (R.-S.). Le bioxyde de thorium colloïdal dans le diagnostic intracranien, 287.  
— et TITECA (J.). Epilepsie post-mariathérapique, 646.  
ALLIEZ. V. *Baruk*.  
—, V. *Roger*.  
ANCOCHEA (N.) et RODRIGUEZ CUEVILLAS (C.). Les recherches végétatives dans la schizophrénie par la technique de Danielopolu, 132.  
ANDERSEN. Rire spasmodique et hémorragie thalamique double, 128.  
ANDRADE (C. d'). V. *Barré*.  
ANDRÉ (R.). V. *Alajouanine*.  
ANGLADE (Louis). V. *Simon*.  
—, V. *Delmond*.  
ANGLADE (R.) et VIDART (L.). Epilepsie généralisée. Ralentissement intellectuel et tumeur cérébrale probable, 77.  
ANGYAL (L.-V.). V. *Somogyi*.  
ANSCURI (A.). Méthode de Hartung pour la recherche du bacille de la tuberculose dans les maladies mentales, 683.  
ARAGONA (G.). Le brome sanguin dans la crise oculogyre du parkinsonisme post-encéphalitique, 682.  
ARCALIDES (Nic. M.). Psychoses de la dengue, 654.  
ARGONZ (J.). V. *Castillo*.  
ARMENISE (P.). La psychose dépressive et la psychasthénie, 275.  
AUBIN. Syndrome catatonique consécutif à une intolérance au novarsénobenzol, 225.  
—, Délire d'analogie chez un Hindou, 228.  
AUBRY (M.). V. *Guillain*.  
—, V. *Thomas*.  
— et LEREBOULLET (Jean). Les troubles labyrinthiques dans les tumeurs du cervelet et du IV<sup>e</sup> ventricule, 836.  
AUSTREGESILLO (A.). Myéloses funiculaires, 134.

(1) Les chiffres en caractères gras correspondent aux MÉMOIRES ORIGINAUX et aux COMMUNICATIONS à la Société Médico-Psychologique.

AYER (J. B.), MEANS (J. H.) et LERMAN (J.). Simulation d'une atrophie musculaire progressive par goitre exophtalmique, 305.

## B

- BAILEY (Percival). La formation du neurologue, 286.  
— et LEY (Ad.). Développement simultané de deux tumeurs dans l'hémisphère cérébral d'un enfant, 297.
- BALAPAN (S.-B.). V. *Slonimskaia*.
- BALLIF (L.), BALLIF (Ch.) et GLINOER (E.). Psychasthénie avec accès hystéroïdes ou simulation, 857.
- BAONVILLE (H.), LEY (J.), MEYERS (A.) et TITECA (J.). Augmentation du volume du crâne, troubles psychiques et épilepsie, 125.  
—, LEY (J.) et TITECA (J.). Démence présénile, 471.  
— MOREAU (M.) et TITECA (J.). Syndrome protubérantiel, 841.
- BARANOWSKY (L.), BORYSOWICZ (J.), MARZYNSKI, OSSENDOWSKI (A.), PARADOWSKI et WITEK (S.-T.). Traitement de la schizophrénie par l'insuline, 685.
- BARBÉ (André). Les fibres motrices intramédullaires des racines rachidiennes postérieures, 860.
- BARDIN (P.). V. *Delarue*.
- BARGUES. V. *Donnadieu*.  
— et GRIMAL. Le butyl-éthyl-barbiturate de sodium dans le délirium tremens, 439.
- BARNACLE (Clarke H.), EBAUGH (Franklin G.) et LEMERE (Frederik). Les associations motrices dans les psychonévroses, 858.
- BARNES (Margaret R.). V. *Fetterman*.
- BARRANCOS (Aristides) et HERNANDEZ RAMIREZ (Rafael). Tabo-paralytie avec symptomatologie initiale de tumeur cérébrale, 292.
- BARRÉ (J.-A.). Arachnoïdites primitives sans lésions médullaires, 119.  
—, ROUSSET (Mlle S.) et ANDRADE (C. C. d'). Troubles démentiels. Signe d'Argyll-Robertson sans syphilis nerveuse, 124.  
— et METZGER (Oscar). Résultats éloignés d'intervention chirurgicale pour arachnoïdite, 467.  
— et METZGER (O.). Les réactions vestibulaires dans l'intoxication éthylique chronique, 837.
- BARUK (H.). *Discussion*, 597, 626, 815.  
—, CHENEVEAU et ALLIEZ. Folie d'opposition chez un ancien catatonique traumatisé crânien et tabétique, 627.  
— et POMMEAU-DELILLE. Épilepsie extrapyramidale avec crises pseudo-émotives et polyurie paroxystique, 640.
- BATSELAERE (R.). V. *Muyle*.
- BAUDOUIN (A.), HALBRON (Pierre) et DEPARIS (M.). L'hémianopsie binasale, 289.
- BAUDOUIN (Ch.). Introduction à une science du caractère, 282.
- BAUDOUX. V. *Heernu*.
- BAUMGARTEN (Franziska). La gratitude chez les enfants et les adolescents, 845.
- BEAU. V. *Delherm*.
- BEAUDOIN. V. *Lhermitte*.
- BEAUDOUIN. *Discussion*, 456.
- BEAUVIEUX (J.). V. *Teulière*.
- BECCLE (H. C.). Action de certains médicaments dans la schizophrénie, 686.
- BECK (Ed.). Innervation antagoniste avec rigidité et paroxysmes épileptiques et hallucinatoires, 852.
- BECKER (Peter-Emil). Le dessin des schizophrènes, 133.  
—, Maladie de Pick, 678.
- BEERENS. Le virus tuberculeux dans le liquide céphalo-rachidien et le sang des déments précoces, 126.
- BELEY (A. P. L.). V. *Claude*.
- BERSOT (H.). Vitamine C, précaréence et neuropsychiatrie, 92, 187.
- BERTHA (H.). Cellules cancéreuses dans le liquide céphalo-rachidien, 684.
- BERTOLA (V.). Topographie cranio-encéphalique, 673.
- BERTRAND (Ivan) et MIYASHITA (K.). L'encéphalite japonaise, 121.  
— et MIYASHITA (K.). Les périvasculaires dans les affections nerveuses inflammatoires, 125 ; — dégénératives, 125.  
—, V. *Souques*.
- BETEAU (J.-P.). La peste d'Athènes, 475.
- BEZANÇON (Justin-). V. *Lévy-Valensi*.  
—, V. *Delarue*.
- BIANCHI (Guisepe). Le cancer et les maladies mentales, 131.
- BIJON. V. *Lhermitte*.
- BINET (Léon). Hypophyse et diabète, 304.
- BIRKHAUSER (H.). Métabolisme avant et après la morphinisation, 680.
- BISCHLER (W.). Génétique et psychanalyse, 662.
- BIZE (René). V. *Schaeffer*.
- BOGAERT (Ludo van). Les aspects familiaux des paroxysmes réflexes du tonus, 4.  
—, V. *Martin*.

- , V. Busscher.  
 —, V. Helsmoortel.  
 —, Les dysplasies neuro-ectodermiques congénitales, 663.  
 BOLLACK, V. Lhermitte.  
 —, V. Coste.  
 BOLTANSKI (Etienne). Syphilis nord-africaine et localisations nerveuses, 859.  
 BONAZZI (Oreste). L'intradermoréaction à l'alcool pour le diagnostic de l'alcoolisme, 299.  
 BONCOMOND (S.). V. Péhu.  
 BONNAFOUS-SÉRIEUX (Mme). V. Guiraud.  
 BONNEGARDE (E.-M.). V. Krol.  
 BORDAS-JANÉ (Ricardo). La pyrétothérapie chimique dans les maladies mentales, 309.  
 BORGES FORTES (A.). Maladie de Friedreich avec atrophie musculaire du type Charcot-Marie, 670.  
 BORYSOWICZ (J.). V. Baranowski.  
 BOSCHI (M.). L'autohémothérapie associée à la provocation de méningites aseptiques, 135.  
 BOTELHO (Adanto). Paralyse générale sénile, 280.  
 BOUCAUD (de). V. Quercy.  
 BOURGEOIS (Francis). V. Courtois-Suffit.  
 BOURGEOIS (Robert). Les hydrocéphalies d'origine optique, accidents méningés otogènes, 486.  
 BRAUN-VALLON (Mme). V. Crouzon.  
 BRAVETTA (G.). Polyglobulie et psychonévroses hystériques, 682.  
 BRIDGE (Edward M.). Etat mental des épileptiques, 279.  
 BRISSOT. *Discussion*, 456, 791.  
 — et DELSUC. Parkinsonisme post-encéphalitique chez un enfant traité par la méthode de Roemer, 746.  
 — et DELSUC. Polydactylie chez un imbécile, 752.  
 BROCHADO (Alberto). Le syndrome de Capgras, 706.  
 BROMBERG (Walter). Nouvelle intoxication par le chanvre indien : la marihuana, 278.  
 BRUNELLI. V. Alajouanine.  
 BRUNO. V. Ciampi.  
 BRUNERIE (A.) et COCHE (R.). Hallucinations visuelles chez des cataractés, 466.  
 BUCY (P.-C.). Troubles vaso-moteurs associés aux paralysies d'origine centrale, 664.  
 BUISSON (R.). V. Hamel.  
 BUSSCHER (de), MARTIN et BOGAERT (L. van). Crises cataplexiques et anomalies de caractère, 473.  
 —. Tumeur épiphysaire ; envahissement des ventricules cérébraux, 842.  
 CABEZA (Manuel M.). Tuberculose et démence précoce, 273.  
 —. Psychose typhique, 276.  
 CABITTO (L.). Le « phénomène d'obstacle » de Donaggio dans l'épilepsie, 301.  
 CACCHIONE (A.). Les altérations des noyaux de la base et de l'hypothalamus dans l'alcoolisme, 675.  
 CAGLIERO (Spirito). Le liquide céphalo-rachidien dans l'épilepsie, 302.  
 CAIN (André) et CEILLIER (André). Les psycho-anémies. Examen psychiatrique de 4 cas d'anémie de Biermer, 582.  
 CALLEWAERT (H.). Hémiplegie à la suite d'hémorragie et de tamponnement de la région carotidienne, 473.  
 —. Maladie de Landry, 842.  
 CAMPANA (Antonio). Le tryptophane dans le sérum sanguin des malades mentaux, 683.  
 CAPPELLE (Maurice). L'hyposulfite de magnésium en thérapeutique psychiatrique, 491.  
 CARDENAS (C.-F.), MENENDEZ (F.-J.), SOTO PRADERA (E.), ORRET (S.) et ABRIL (A.-M.). Polynévrite tuberculeuse, 672.  
 CARNEVALI (Guido). L'auto-épilation dans les maladies mentales, 282.  
 CARRATALA. L'autosérothérapie au véscicatoire dans les toxicomanies, 308.  
 CASTILLO (E.-B. del) et ARGONZ (J.). Les goitres de la puberté, 304.  
 CATHALA (J.), FRIEDMAN (E.) et LAPLANE (R.). Diagnostic du rhumatisme cérébral, 855.  
 CEILLIER. *Discussion*, 104, 455, 458.  
 —. V. Cain.  
 —. V. Pagniez.  
 CERNACEK (Jos.). V. Utti.  
 CESTAN, RISER et PLANQUES. La neuro-myélite optique, 292.  
 CHARGARODSKY (L. J.). Réaction à l'adrénaline dans le complexe symptomatique névrosique, 299.  
 CHARPENTIER (René). *Discussion*, 204, 209, 221, 403, 458, 600, 627, 803.  
 CHAUMET (G.). Les algies scapulo-humérales et leur traitement par les agents physiques, 310.  
 CHAVANY (J.-A.), THIÉBAUT (F.) et THIEFFRY (S.). Coexistence de paralyse due au sérum antidiphtérique et de paralysies diphtériques, 468.  
 CHAVAROT (M.). V. Hamel.  
 CHAVIGNY (P.). V. Gelma.  
 CHENEVEAU. V. Baruk.  
 CHRISTOPHE (J.). V. Crouzon.  
 CIAFALONI (G.). La réaction de Donaggio en psychiatrie, 681.



- CIAMPI et BRUNO. La réaction de Donaggio dans les urines, 681.
- CLAUDE (H.) et COSTE. Maladie de Steiner, 120.
- et CORMAN (L.). Arachnoïdite kystique de la région fronto-pariétale, 290.
- , SIVADON (P.) et BELEY (A.-P.-L.). Simulation discutée, 408.
- , SIVADON (P.) et AJURIAGUERRA (J.). Déséquilibre mental post-encéphalitique, 442.
- , Discussion, 601.
- et COSTE (FL.). Productions gommeuses survenues chez deux paralytiques généraux paludés, 607.
- et COSTE (FL.). Paraplégie en flexion d'origine cérébrale chez un paralytique général traité par des ondes courtes, 611.
- et LAGACHE (Daniel). Les relations de la jalousie et de l'érotomanie, 643.
- , Psychopathologie collective, 651.
- CLÉMENT (Robert). Encéphalites épidémiques (Unité ou Pluralité ?), 849.
- COCHE (R.). V. Brunerie.
- CODET. Discussion, 626.
- , Le problème actuel de l'hystérie, 857.
- COLAPIETRA (F.). Les conditions étiologiques et pathogéniques des psychoses séniles, 280.
- COLLAZO (J.-A.) et SANTOS RUIZ (A.). Coma hypercalcémique expérimental, 299.
- CONRAD (Agnès). L'anamnèse chez les malades atteints de goitre à forme toxique, 304.
- CONSTANT (J.). La légalité des peines, 492.
- CONSTANTINESCO (P.). V. Tomesco.
- COPPER (Melbourne J.). Mouvements associés de la langue contrôlés par l'effort volontaire dans l'encéphalite épidémique, 850.
- COPPEZ (J.) et MARTIN (P.). Aspect de thrombophlébite du sinus caverneux après septicémie, 270.
- , Hypotonie atonique traumatique de l'artère centrale de la rétine, 270, 648.
- COPPOLA (P.). Goitre et maladie mentale, 304.
- CORMAN (L.). V. Claude.
- et HORVENS (Paul). Le traitement des troubles mentaux de l'alcoolisme par la strychnine, 686.
- COSTANZI (Charles). Guérison durable d'un asthme bronchique par la mariathérapie, 310.
- COSTE, V. Claude.
- , BOLLACK, FAUVET et DELTHIL (Mme S.). Syringobulbie avec atrophie optique unilatérale, 265.
- COULÉON (Mme et M.). V. Abély.
- COURBON (Paul) et FEUILLET (C.). Syndrome infundibulaire, trophédème et troubles mentaux, 73.
- et FEUILLET (Ch.). Une marâtre parkinsonienne, 199.
- , Discussion, 210, 233, 234, 457.
- et FEUILLET (C.). Stéréotypie démentielle d'attitude en station sur la tête, 390.
- et LECONTE (Maurice). Mérycisme démentiel par altruisme morbide, 463.
- et ROUSSET (Mlle S.). Impulsions au suicide chez un vieillard épileptique, 766.
- et FORTINEAU. Impulsion au magnicide révélatrice d'hébétéphrénie, 770.
- COURTOIS (A.). V. Marchand.
- COURTOIS-SUFFIT (M.) et BOURGEOIS (Francis). Responsabilité médicale ; sérothérapie antitétanique, 311.
- COURVILLE (Cyril B.). V. Nielsen.
- CRÉMIEUX (Albert). V. Roger.
- CHRISTINI (Renato). Chorée atypique chez un sujet hystérique, 856.
- CROUZON (O.) et CHRISTOPHE (Jean). Myoclonies rythmées, 120.
- et CHRISTOPHE (J.). Compressions médullaires dans la neurofibromatose, 134.
- , Discussion, 454, 589.
- , CHRISTOPHE et BRAUN-VALLON (Mme). Les ophtalmoplégies familiales, 667.
- CULLERRE (Mlle) et EDERT (Mme). Délire de gynécopathie interne chez une paralytique générale après malarisation, 643.
- , Discussion, 835.
- CURRAN (Desmond). Etude clinique du delirium, 281.
- CURTI (Guiseppe). Le brome sanguin dans les crises d'épilepsie, 682.
- CURVEILLÉ (Jean). Syndrome d'Adie, 487.

## D

- DAELMAN. Psychose puerpérale à évolution démentielle, guérison brusque par fièvre spontanée, 471.
- DARQUIER et SCHMITE. Tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux, 666.
- DAUMÉZON. Hallucinations visuelles, conscientes et transitoires, 257.
- , Dipomanie réactionnelle et périodique, 739.
- , Amnésie retardée dans une intoxication oxycarbonée, 742.

- DAVID (M.). Syndrome adipo-génital et acromégalie, 122.  
 — et MAHOUEAU (D.). Les méningiomes de la petite aile du sphénoïde, 668.  
 —. Tumeur angiomateuse du bulbe et du cervelet, 838.  
 DECHAUME (J.). V. *Péhu*.  
 DELARUE (J.), BEZANÇON (L.-Justin) et BARDIN (P.). Infarctus du poumon d'origine embolique. Rôle du système nerveux vaso-moteur, 676.  
 DELAVILLE (Maurice). V. *Dupouy*.  
 DELHERM (L.) et BEAU. La radiothérapie du sympathique, 136.  
 DELMAS (Ach.). *Discussion*, 599.  
 DELMOND (Jacques). V. *Petit*.  
 — et ANGLADE (Louis). Gigantisme, terreurs nocturnes et délire d'imagination, 385.  
 —. La schizophasie, 478.  
 DELSUC. V. *Brissot*.  
 DELTHIL (Mme S.). V. *Coste*.  
 DEMAY (G.). *Discussion*, 455, 790.  
 DEPARIS (M.). V. *Baudouin*.  
 DEREUX (J.) et PRUVOST (A.). Sclérose en plaques familiale, 265.  
 —. Myoclonies vélo-pharyngo-laryngées, 467.  
 —. V. *Vincent*.  
 — et TITECA (J.). Association de poly-névrite, néphrite et crampes, 641.  
 DESMEDT. Forme délirante de confusion mentale due à une pyohémie à colibacilles, 269.  
 DESRUELLES. *Discussion*, 791.  
 DETENHOFF (Th.). Tableaux cliniques pseudo-schizophréniques dans la méningo-encéphalite, 856.  
 DIDE (M.). La mémoire. Psychogénèse et pathogénèse, 285.  
 DIMOLESCO (Alfred). V. *Obregia*.  
 DIVRY et EVRARD. Insuffisance motrice avec syndrome myotonique, 127.  
 — et EVRARD. Oligodendrogliome de la base du cerveau, 269.  
 —. Cholestéatome du cervelet, 840.  
 DONAGGIO (A.). Cerveau frontal et système extrapyramidal, 852.  
 DONNADIEU et BARGUES. Paralyse générale et hémorragie méningée, 435.  
 DOUSSINET (Pierre). Conditions biologiques de certains troubles mentaux, 488.  
 DRETLE (J.). Influence des processus focaux du cerveau sur la schizophrénie, 656.  
 DUBLINEAU (J.). Formes frustes de neurosyphilis, 245.  
 —. Superinfection syphilitique et formes frustes de neuro-syphilis, 249.  
 DUMAS (Georges). *Discussion*, 106, 222, 234.  
 DUMESNIL (René). Histoire illustrée de la médecine, 847.  
 DUPAIN. *Discussion*, 416.  
 DUPOUY (Roger) et DELAVILLE (Maurice). Le traitement des toxicomanies par l'émulsion des lipides végétaux, 307.  
 DUPRÉEL (E.). Nature psychologique et convention, 284.  
 DURAND (Charles). V. *Heuyer*.
- E
- EARL (C. J. C.). La psychose catatonique primitive de l'idiotie, 132.  
 EBAUCH (F. G.). V. *Barnacle*.  
 EDERLE (W.). Le traitement de la schizophrénie par le choc hypoglycémique, 685.  
 EDERT (Mme). V. *Cullerre*.  
 ESSEN-MÖLLER (Erik). La natalité dans certains groupes de maladies mentales, 480.  
 EVRARD. V. *Divry*.  
 —. Méningite pneumococcique traumatique, 842.  
 EWALD. L'indigence intellectuelle, 131.  
 EY (Henri). La démence précoce et les états schizophréniques, 132.  
 —. *Discussion*, 547.
- F
- FATTOVITCH (G.). V. *Jacchia*.  
 FAUVET. V. *Coste*.  
 FAVERET (P.). La schizophrénie et les états schizoïdes dans le milieu militaire, 846.  
 FERRAZ ALVIM (James). Les calcifications de la faux du cerveau, 289.  
 FETTERMAN (Joseph) et BARNES (Margaret R.). L'intelligence chez les épileptiques, 279.  
 FEUILLET (C.). V. *Courbon*.  
 FIESSINGER (Noël). Endocrinologie, 489.  
 FISHGOLD (F.). Présentation nouvelle des profils psychologiques de Vermeulen, 284.  
 FLORENSKY (J. A.). La logopédie des aphasies, 853.  
 FONTAINE (René). V. *Leriche*.  
 FONTANA (Mariano). La négativité du liquide céphalo-rachidien dans la paralysie générale progressive, 301.  
 FORTINEAU (J.). V. *Marchand*.  
 —. V. *Courbon*.  
 FRANK (B.). La dépersonnalisation dans les maladies cérébrales, 131.  
 FRANQUET (René). Nos rêves et leurs qualités, 662.  
 FREEMAN (William), LOONEY (Joseph-

- M.) et SMALL (Rose-R.). L'index phytotoxique dans la schizophrénie, 300.
- FREIMAN (S. A.). Myélite compliquant la grossesse et l'accouchement, 134.
- FRIBOURG-BLANC. V. *Lhermitte*.
- FRIEDMAN (E.). V. *Cathala*.
- FRIEDMANN (B.-D.). Influence du processus sur le caractère dans la schizophrénie bénigne, 657.
- FROMAGET (G.). La protection des pervers dans l'armée, 846.
- FUNCK (A.). Les concerts fondamentaux de l'hypnotisme, 858.
- G**
- GALANT (J.-B.). Traitement de la schizophrénie par le sang de placenta, 307.
- GALLOT (Henry-M.). La psychologie et la physiologie des obsédés, 478.
- V. *Sézary*.
- GARCIN (R.). Pupille excentrique dans un cas de néo-formation basilaire, 122.
- La ventriculographie, 287.
- GARMA (Angel). Crime et châtiment, 310.
- GASSIOT (G.) et LECLERC (J.). Ascariotose et psychopathie, 534.
- GASTALDI (G.). V. *Rossi*.
- GEHUCHTEN (van). Mécanisme de la mort dans les tumeurs cérébrales, 265, 271.
- GELMA (E.) et CHAVIGNY (P.). Mérasthénie paroxystique de nature psychonévrosique, 264.
- Délinquance répétée et identiquement renouvelée, 643.
- GERERTZOFF (A.). Le lemniscat latéral et ses commissures, 270.
- GISLER (P.). V. *Hintzsche*.
- GLINOER (E.). V. *Ballif*.
- GOLDBERG (R.-L.). Les méningococcies, 293.
- GOLDSTEIN (M.). V. *Marinesco*.
- GOMEZ MARCANO (Antonio). L'encéphalite guanidinique, 296.
- GORRITI (F.). Versification psychopathique, 652.
- GOTTLIEB (J.-S.) et LAVINE (G.-R.). Sclérose tubéreuse avec lésions osseuses rares, 855.
- GOTTSCHICK (I.). Les psychoses symptomatiques, 130.
- GOUJON (Jean). L'emploi thérapeutique des sels de strontium, 492.
- GOURIOU. *Discussion*, 605, 626.
- GOZZANO (Mario). Les phénomènes électriques de l'écorce cérébrale, 298.
- GRIGORESCO. V. *Marinesco*.

- GRIMAL. V. *Bargues*.
- GRUIA IONESCO (N.). V. *Tomesco*.
- GUERNER (Fausto) et AGUIAR WHITAKER (E. de). Traitement des états anxieux par l'hyposulfite de magnésium, 306.
- GUESSELSON (B. S.). V. *Rosenblum*.
- GUILLAIN (G.) et AUBRY (M.). Névralgie du glosso-pharyngien guérie par l'alcoolisation, 265.
- Etudes neurologiques, 6<sup>e</sup> année, 483.
- Radiculo-névrite avec hyperalbuminose céphalo-rachidienne sans réaction cellulaire, 642.
- et MOLLARET (Pierre). Le syndrome myoclonique vélo-pharyngo-laryngo-oculo-diaphragmatique, 665.
- , MOLLARET (P.) et AUBRY (M.). Les fonctions cochléo-vestibulaires dans la maladie de Friedreich et les affections hérédito-dégénératives, 670.
- GUILLAUME. V. *Thomas*.
- V. *Schaeffer*.
- et MEYERSON (I.). L'usage de l'instrument chez les singes, 284.
- V. *Martel*.
- GUIRAUD. *Discussion*, 85, 204, 209, 232, 233, 242, 403, 412, 611, 618, 759, 804, 816.
- , BONNAFOUS-SÉRIEUX (Mme) et NODDET (Ch.). Symptômes et lésions du système nerveux végétatif dans l'alcoolisme chronique, 241.
- et FERDIÈRE (G.). Aphasie chez les syphilitiques et paralysie générale, 404.
- GULLOTTA (Salvatore). L'étiopathogénèse de la sclérose en plaques, 671.
- GUNNAR LINDQUIST. Syndrome schizophrénique exogène, 655.
- GUREWITSCH (M.). Le syndrome inter-pariétal dans les maladies mentales, 661.
- Particularités anatomo-pathologiques de la paralysie générale, 678.

**H**

- HACKFIELD (A. W.). Crimes intelligibles, signe initial de schizophrénie, 311.
- HAGUENAU (J.). Les névralgies du trijumeau, 672.
- HALBRON (Pierre). V. *Baudouin*.
- , LEVIGNE et KLOTZ. Neuromyéélite optique autonome, 642.
- HAMBURGER (Jean). V. *Pasteur-Valleury-Radot*.
- Les migraines allergiques, 664.
- HAMEL (J.), BUISSON (R.) et CHAVAROT (M.). L'acide formique du liquide céphalo-rachidien, 28.

—, *Discussion*, 118, 802.  
 — et BUISSON (R.). Anxiété chez un déprimé hypocondriaque. Heureux effet de la vagotonine, 823.  
 HAMET (Raymond). Les médicaments sympathicolitiques, 136.  
 HANON (Julio-L.). V. *Montanaro*.  
 HARPER-HART (Henry). Le génie et le bonheur, 286.  
 HARRIS (Henry). L'anxiété, 130.  
 HARTENBERG (P.). Classification des névroses, 857.  
 HASKOVEC. V. *Lhermitte*.  
 HÉDOUIN. V. *Quercy*.  
 HEERNU (J.). Aphasie de Wernicke chez une syphilitique, 268.  
 — et BAUDOUX. Psychoses et cécité, 646.  
 —. V. *Vermeylen*.  
 HELSMOORTEL et BOGAERT (L. van). Myoclonies vélo-palato-linguales et des globes oculaires, 647.  
 HELSPER (R.). Psychoses de l'encéphalite épidémique chronique, 276.  
 HEMMES (W.). V. *Scheer*.  
 HENNELY (T. J.) et YATES (E. D.). Le brome sanguin dans les psychoses, 682.  
 HERNANDEZ RAMIREZ (Rafael). V. *Barrancos*.  
 HESNARD (A.). Ce que la clinique française a retenu de la psychanalyse, 662.  
 HEUCQUEVILLE (Georges d'). V. *Laignel-Lavastine*.  
 HEUYER (G.) et DURAND (Ch.). Délire à deux chez un parkinsonien et sa mère, 446.  
 —. *Discussion*, 595, 791.  
 —, ROUDINESCO (Mme) et LESUEUR (Mme). Réaction myotonique, isolée des fléchisseurs de la main, 836.  
 HEYMANS (C.). Survie et reviviscence des centres nerveux après anémie aiguë, 472.  
 HICQUET (G.). La durée de la perception osseuse dans l'audition, 647.  
 HINTZSCHE (E.) et GISLER (P.). Les segments médullaires dans le canal vertébral, 295.  
 HOERNER (G.). Paraplégie obstétricale avec myélomalacie, 676.  
 HOFF (F.). Modifications de l'état affectif et déséquilibre acido-basique, 681.  
 HOLLANDER (F. d') et LAVISTA (Ch.). La catatonie expérimentale, 470.  
 HORNET. V. *Alajouanine*.  
 HORVENO (Paul). V. *Corman*.  
 HOVEN. Psychoses de la ménopause, 471.  
 HUGUENIN (René). V. *Roussy*.  
 HUOT (V.-L.). Peintures et dessins d'un schizophrène malgache, 472.

## I

ICHOK (G.). Les réflexes conditionnels et le traitement de l'alcoolique, 308.  
 INGVARSSON (C. G.) et LINDBERG (S. J.). La suggestibilité dans les troubles mentaux, 652.

## J

JACCHIA (L.) et FATTOVITCH (G.). La cholestérinémie et le métabolisme des lipoides chez les épileptiques, 302.  
 JACQUET (M.). V. *Tinel*.  
 JAKOBSEN (Jakob). V. *Reiter*.  
 JANET (Pierre). La psychologie expérimentale et comparée, 481.  
 JANKÉLÉVITCH (V.). L'ironie, 843.  
 JAYLE (G.-E.). Les centres cortico-oculogiques, 675.  
 JOZ (Mme H.). Anosognosie de cécité dans la cysticercose cérébrale, 667.  
 JUBA (A.). Projection de la vision centrale dans le corps genouillé externe et l'écorce visuelle de l'homme, 861.  
 JUDE (A.). V. *Lyon-Caen*.  
 JUNG (T. S.). V. *Alexander*.  
 JUSTMAN (S.). Le diagnostic précoce de la sclérose en plaques, 671.

## K

KAGANOWSKAJA (Mme E. L.). Hallucinations visuelles et troubles de la perception au cours de l'encéphalite épidémique, 276.  
 KAPLAN. V. *Lhermitte*.  
 KATZENFUSS (H.). La schizophrénie greffée, 658.  
 KILIPPEL (M.). Hippocrate philosophe, 129.  
 KLOTZ. V. *Halbron*.  
 KORGANOW (J. N.). La paralysie ascendante de Landry, 135.  
 KOSHIMIZU (K.). Représentation en relief du système nerveux central dans l'image radiologique par le thorotrast, 297.  
 KOVALOV (E. N.). V. *Sokolanski*.  
 KREINDLER. V. *Marinesco*.  
 —. V. *Parhon*.  
 KRIJANOWSKAJA (Mme K. P.). V. *Slivko*.  
 KROL (N.-M.) et BONNEGARDE (E.-M.). Les états crépusculaires, genèse et structure, 279.



## L

- LAGACHE (Daniel). V. *Claude*.
- LAIGNEL-LAVASTINE et VOISIN (Jean).  
Syndrome de Claude Bernard-Horner et signe d'Argyll-Robertson traumatiques, 119.
- , HEUCQUEVILLE (Georges d') et SAMBRON (J.-J.). Tentatives de suicide répétées chez un instable déprimé sans travail, 218.
- , VINCHON (Jean), HEUCQUEVILLE (Georges d') et SAMBRON (J. J.). Procédés de défense sensorielle chez une persécutée, 242.
- , Sympathique et interférométrie, 303.
- et HEUCQUEVILLE (Georges d').  
Le Service de psychiatrie de la Pitié, 444.
- LANDA-GLAZ (R. J.). Rapports du calcium et du potassium humain avec l'âge du fœtus, 299.
- LANGELUDDEKE (Albrecht). Le traitement par le soufre dans la schizophrénie, 307.
- LANGERON (L.). V. *Vincent*.
- LAPLANE (R.). V. *Cathala*.
- LARRIVÉ (E.) et MATHON (R.). Les formes mentales des tumeurs cérébrales, 694.
- LARUELLE. Le syndrome du trou occipital, 265.
- et MASSION (L.). L'hyperpnée, 473.
- LASSZEA (A.). Thérapeutique aspécifique complète dans la confusion mentale et la démence précoce, 686.
- LAVINE (G.-R.). V. *Gottlieb*.
- LAVISTA (Ch.). V. *Hollander*.
- LAZAREV (V. G.) et LEBOVITCH (B.).  
Méningite séreuse évoluant sous forme de tumeur du cerveau, 669.
- LECLERC (J.). V. *Gassiot*.
- LECONTE (Maurice). V. *Courbon*.
- LEBOVITCH (B.). V. *Lazarev*.
- LEIRIS. Les représentations religieuses relatives au « Zar » en Ethiopie du Nord, 267.
- LEMAITRE (L.). V. *Vincent*.
- LEMERE (F.). V. *Barnacle*.
- LENORMAND (Ch.). Les indications thérapeutiques précoces dans les fractures de la base du crâne, 137.
- LEONHARD (K.). Recherches familiales sur les psychoses endogènes atypiques, 275.
- , Schizophrénies exogènes et idiopathiques, 655.
- LEREBOULET (J.). V. *Lhermitte*.
- , V. *Aubry*.
- LERIGHE (René) et FONTAINE (René).  
L'infiltration novocaïnique du sympathique lombaire, 136.
- , Des amputations du point de vue de la mortalité, de la technique et de la physiologie, 137.
- LERMAN (J.). V. *Ager*.
- LEROY (A.). Le sang des agités non soumis à la diétylmalonylurée, 126.
- LESUEUR (Mme). V. *Heuyer*.
- LEVI (Luisce). Délire d'imagination et Mythomanie, 653.
- LEVIGNE. V. *Halbron*.
- LEVIN (Max). Hypertonie paroxystique émotionnelle, 272.
- , Rôle du cortex cérébral dans la narcolepsie, 849.
- LÉVY (Gabrielle). V. *Roussy*.
- LÉVY-VALENSI. *Discussion*, 204, 742.
- , BEZANÇON (Justin-) et TILITCHIEF.  
Syndrome hémibulbaire associé à une paralysie croisée du pathétique, 468.
- , L'actualité et les psychoses, 651.
- LEWKOWICZ (K.). Les méningites sont plexogènes, 677.
- LEY (Ad.). V. *Bailey*.
- LEY (J.). V. *Baonville*.
- , Ictus apoplectiforme suivi d'acalculie, dyslexie et dysgraphie, 841.
- LEY (R.). Le traitement du parkinsonisme post-encéphalitique, 127.
- LHERMITTE (J.). L'hémorragie du thalamus, 121.
- et HASKOVEC. Action neurolytique du venin d'abeilles, 122.
- , V. *Sainton*.
- , LEREBOULET (J.) et KAPLAN. Ramollissement hémorragique d'origine veineuse chez un enfant, 124.
- et TRELLES (J.-O.). Incrustations des cellules corticales dans la chorée chronique non huntingtonienne, 124.
- et BEAUDOUIN. Paralysie flasque au cours d'un cancer de la prostate, 125.
- et AJURIAGUERRA. Les hallucinations chez les ophtalmopathes, 232.
- et FRIBOURG-BLANC. Encéphalomyélite subaiguë consécutive à la vaccination Antiamarile, 264.
- et BOLLACK. Syndrome de Laurence-Moon, 265.
- et AJURIAGUERRA (J. de). Hallucinations visuelles et lésions de l'appareil visuel, 321.
- , La radiothérapie dans la syringomyélie, 469.
- et ALBESSAR. Syndrome infundibulaire avec phénomène de dépersonnalisation, 469.
- , V. *Roussy*.
- , BIJON et NEMOURS-AUGUSTE. Forme acroparesthésique de la syringomyélie, 640.
- , Manifestations encéphaliques des embolies gazeuses, 663.

— et ALBESSAR. Syndrome adiposogénital. Traitement spécifique. Guérison, 837.

LIMA (Almeida). V. *Moniz*.

LINDBERG (S. J.). V. *Ingvarsson*.

LINDNER (Torsten). Etiologie et pathogénie de la schizophrénie, 656.

LOISEL (Guy). Astrocytomes du vermis chez l'enfant, 666.

LOONEY (Joseph-M.). V. *Freeman*.

LÓPEZ ALBO (W.). Démence infantile, 273.

— Hémorragie méningée chez un hémophile, 293.

LUBAC (Emile). Le Cycle de l'Inconscient, 650.

LYON-CAEN (L.) et JUDE (A.). Parkinsonisme manganique, 851.

LYMAN (R. S.). V. *Alexander*.

## M

MACKIWIIEG (S.). Hémiasplasie du cer-  
velet, 861.

MAHOUDEAU (D.). V. *David*.

— V. *Puech*.

MALGAUD (W.). De l'action à la pensée, 649.

MARCHAND (L.). *Discussion*, 84, 204, 218, 233, 438, 742.

— FORTINEAU et PETIT (Mlle P.). Hallucinations visuelles projetées et dessinées, symptômes épileptiques, 205.

— et COURTOIS (A.). La psychose aiguë de Korsakoff des alcooliques, 277.

— Etat du fond d'œil dans 115 cas de paralysie générale traités par le stovarsol sodique, 398.

— Lésions du fond d'œil chez les paralytiques généraux traités par la tryparsamide, 427.

— Dégénérescence amyloïde de la cellule nerveuse, 673.

— PETIT (Mlle P.) et FORTINEAU (J.).

Méningite aiguë pneumococcique enkystée chez un paralytique général, 754.

— Neurinome du nerf acoustique, 760.

MARINESCO et KREINDLER. Les réflexes conditionnels; application à certains problèmes cliniques, 286.

— et GRIGORESCO. Le syndrome de la pointe du rocher, 665.

— et GOLDSTEIN (M.). Adéno-épithélium métastatique de la dure-mère, 677.

MARQUET (G.). V. *Picard*.

MARTEL (Th. de). V. *Thomas*.

— V. *Schaeffer*.

— Tumeurs cérébrales, excepté l'hypophyse, 291.

—, GUILLAUME et THUREL. Tumeur du rachis secondaire à un kyste du thorax, 836.

MARTIN (P.). V. *Coppez*.

— La ventriculographie dans les abcès cérébraux, 271.

— et BOGAERT (L. van). Diagnostic difficile, 473.

— V. *Busscher*.

— Les affections chirurgicales parahypophysaires à symptomatologie clinique uniquement ophtalmologique, 648.

MARZYNSKI. V. *Baranowski*.

MASQUIN (P.). Syndrome tardif d'hypertension intracrânienne post-traumatique, 266.

MASSARY (Jacques de) et ALBEISSAR (R.). Maladies de Schilder, 121.

MASSAUT et MATHIEU. Le tryptophane du sang dans les maladies mentales, 840.

MASSION-VERNIORI (L.). Cas atypique de myotonie atrophique, 127.

— V. *Laruelle*.

MASSON (Agnès). Le travestissement. Essai de psycho-pathologie sexuelle, 479.

MATHIEU. V. *Massaut*.

MATHON (R.). V. *Larivière*.

MAZURKIEWICZ (J.). Le sommeil et la veille au cours du cycle vital, 679.

MEANS (J. H.). V. *Ager*.

MEIGNANT (P.). La catatonie, 272.

MENENDEZ (Francisco J.). V. *Cardenas*.

MENNINGER (W.-C.). V. *Stone*.

— Facteurs psychologiques dans l'étiologie du diabète, 858.

MESSING (S.). Anatomie pathologique du parkinsonisme post-encéphalitique, 679.

METZGER (Oscar). V. *Barré*.

MEYER (Fr.). Anatomo- et histopathologie de la psycho maniaque-dépressive, 295.

MEYERS (A.). V. *Baonville*.

MEYERSON (I.). V. *Guillaume*.

MILLER (Milton-L.). Psychoses associées aux altérations hypothalamiques et voisines, 303.

MILLS (C. A.). Suicides et homicides sous l'influence des modifications barométriques, 311.

MINKOWSKI (E.) et SILZ (Mlle A.). L'assistance aux enfants difficiles au foyer de Soullins, 92.

MIROTVORSKAIA (Mme A. A.). Les parasites de l'encéphale, 290.

MISEROCCHI (E.). Recherches électromyographiques dans le parkinsonisme, 684.

MIYASHITA (K.). V. *Bertrand*.

- MOLDAVER (J.) et TITEGA (J.). Sclérose latérale amyotrophie à début bulbaire, 842.
- MOLLARET (Pierre). V. *Guillain*.
- MONIER-VINARD. Neurologie, 484.
- et WEIL. Cysticerose cérébrale, 641.
- MONIZ (Egas). Evolution de la technique de l'angiographie cérébrale, 287.
- et LIMA (Almeida). Symptômes du lobe préfrontal, 468.
- MONNIER (Marcel). V. *Schwob*.
- MONTANARO (Juan C.) et HANON (Julio-L.). Crises salivaires tabétiques, 292.
- MONTASSUT (M.). Politiques morbides de la maladie, 652.
- MOREAU (M.). V. *Baonville*.
- MOREL (Ferdinand). Examen audiométrique de malades présentant des hallucinations auditives verbales, 520.
- MORSIER (G. de) et MOZER (J.-J.). Agénésie calleuse et troubles du développement de l'hémisphère gauche, 294.
- MOSINGER (M.). V. *Roussy*.
- MOULSON (Norman). Le pouvoir amyolytique du liquide cérébro-spinal, 302.
- MOZER (J.-J.). V. *Morsier*.
- MÜLLER (R. F. G.). Névrose et criminalité, 494.
- , *Psychiatrie hindoue ancienne*, 651.
- MUNCIE (Wendell). Etats d'excitation post-opératoires, 277.
- MünZER (F. Th.). Le signe de flexion de la tête, 664.
- MUYLE (G.) et BATSELAERE (R.). Le syndrome des « mains et pieds en fourche », 839.

## N

- NAGY (M.). Maladie de Parkinson familiale, 851.
- NELKEN (J.). Les perturbations psychiques chez les blessés du crâne, 660.
- , L'amnésie, suite de blessure du crâne par arme à feu, 661.
- NEMETH (P. de). Le Tribunal des Enfants, 494.
- NEMOURS-AUGUSTE. V. *Lhermitte*.
- NIELSEN (J.-M.) et COURVILLE (Cyril B.). Signes neurologiques dans les mastoïdites, 288.
- NISSL von MAYENDORF. L'aphasie dite pariétale, 853.
- NOBÉCOURT (P.). Syndromes encéphalo-méningés et abdominaux au début de la pneumonie chez l'enfant, 288.

- NODET (Ch.). V. *Gairaud*.
- NOEL (R.) et POMMÉ (B.). Zone de jonction myoneurale ou plaque motrice, 673.
- NORMAN (R. M.). Idiotie familiale amaurotique juvénile, 855.

## O

- OBREGIA (Alex). DIMOLESCO (Alfred) et VASILESCO (Alex). La forme clinique dans la production des rémissions chez les paralytiques généraux, 280.
- ODY (F.). Traitement chirurgical de la névralgie essentielle et paroxystique du grand nerf d'Arnold, 137.
- OKHUMA (T.) et TUYUNO (K.). Les centres du sommeil, 294.
- OLIVEIRA BASTOS (Fernando de). Méningite aiguë lymphocytaire bénigne, 292.
- OLMER (Jean). V. *Roger*.
- OPALSKI (A.). Les parois ventriculaires, 294.
- ORLANDO (Roque). Physiopathologie et syndromes anatomo-cliniques du lobe pariétal, 674.
- ORRET (Sidney). V. *Cardenas*.
- OSSENDOWSKI (A.). V. *Baranowski*.
- OTTONELLO (Paolo). Le syndrome kinético-hypertonique dans les tumeurs du lobe frontal, 851.

## P

- PADDLE (K.-C.-L.). La syphilis congénitale chez les déficients mentaux adultes, 274.
- PAGNIEZ (Ph.) et CEILLIER (A.). Le service de psychiatrie d'urgence de l'hôpital Saint-Antoine, 589.
- PAILLAS (Jean-E.). V. *Roger*.
- PANARA (Carlo). Les pigments neuroferriques dans l'encéphale des paralytiques généraux, 678.
- PARADOWSKI (J.). V. *Baranowski*.
- PARHON (C.-I.), KREINDLER (A.) et WEIGL (E.). Syndrome psychasthénique et hyperhypophysie, 352.
- PASTEUR VALLERY-RADOT. Traitement des migraines, 136.
- et HAMBURGER (Jean). Les migraines, 485.
- PÉHU (H.), DECHAUME (J.) et BONCOMOND (S.). Anatomie pathologique de l'acrodynie infantile, 296.
- , MOURIQUAND (G.), FROMENT (J.), MAZEL (R.), FRYEUX (A.), JOUVE (A.),

- MESTRALLET (A.), JACQUET (R.-P.) et BIOT (René). Médecine et Education, 490.
- PENTA (Pasquale). La Narcolepsie, 848.
- PÉRON (Noël). *Discussion*, 589.
- PERRUSSEL. *Discussion*, 802, 822.
- PETIT (Georges) et DELMOND (Jacques). Syndrome d'Adie et syndrome neuro-anémique à type de psychose polynévritique. Amélioration par la méthode de Castle, 106.
- et DELMOND (Jacques). Syndrome d'Adie, confusion mentale avec lymphocytose rachidienne, 236.
- Les crises oculogyres en pathologie mentale, 459.
- et DELMOND (Jacques). Le syndrome d'Adie en pathologie mentale, 497.
- *Discussion*, 810, 822.
- PETIT (Mlle P.). V. *Simon*.
- V. *Marchand*.
- PETIT-DUTAILLIS (D.) et SCHMITE (P.). Névralgie ou glosso-pharyngien et son traitement, 672.
- PICARD (Jean). Exhibitionnisme et acromégalie, 100.
- *Discussion*, 235, 803.
- et MARQUET (G.). Nanisme achondroplasique, 827.
- et MARQUET (G.). Syndrome de délire aigu chez un prédisposé. Succès du carbone intraveineux, 832.
- PICHON (E.). La logique vivante de l'esprit enseignée par le langage, 284.
- PICHON (Henri). L'année psychologique 1934, 482.
- PINCZEWSKI (J.) et STEIN (W.). Paralyse récidivante des nerfs crâniens dans la maladie de Quincke, 666.
- PINELLI (Laurent) et VENTRE (Pierre). Ménigite lymphocytaire, 669.
- PISK (G.). Les pseudo-hallucinations dans la schizophrénie, 658.
- PKZYLSKI. La plasticité des mots et la cohésion du discours, 285.
- PLANQUES. V. *Cestan*.
- PLAUT (F.) et RUDY (H.). Les relations entre la cholestérinémie et la cholestérinorachie, 683.
- et RUDY (H.). La cholestérine du liquide céphalo-rachidien, 683.
- POLL (H.). Les différences sexuelles dactylographiques chez les schizophrènes, 657.
- POMMÉ (B.). V. *Noel*.
- POMMEAU-DELILLE. V. *Baruk*.
- PORC'HER. *Discussion*, 233, 790.
- Conductibilité électrique du corps humain et dysendocrinie, 254.
- POROT (A.). *Discussion*, 791, 822.
- Les services hospitaliers de psychiatrie dans l'Afrique du Nord, 793.
- et VALENCE (R.). Maladie de Biermer et responsabilité médico-légale, 806.
- POULAIN-LANDRIEU (O.). L'insuline dans certains troubles ovariens, 309.
- PRUVOST (A.). V. *Dereux*.
- PUECH (Pierre) et MAHOUDEAU (D.). Les arachnoïdites opto-chiasmatiques, 668.
- L'œdème cérébral dans les traumatismes crâniens, 838.
- PUTSCHAR (W.). L'angiomatose du système nerveux central et de la rétine, 667.
- PUUSEPP (L.). Méningiomes cérébraux, 668.

## Q

- QUERCY et HÉDOUIN. L'analgésie hystérique, 653.
- et BOUCAUD (de). L'illusion des amputés, 653.

## R

- RAMIREZ-MORENO (Samuel). Troubles mentaux produits par l'intoxication aiguë par la marihuana, 278.
- RAMOND (Louis). Abscès du cerveau ou ramollissement cérébral ? 288.
- Etiologie d'une hémiplégié à début progressif, 291.
- RAMOS (Jairos). Myélose funiculaire, 671.
- RAYNEAU. *Discussion*, 85, 221, 746, 760.
- REITER (Paul) et JAKOBSEN (Jakob). Dermatoses pellagroides chez les malades mentaux, 481.
- RÉPOND (A.). Les tendances actuelles de la psychiatrie en Suisse, 748.
- RÉQUET (A.). V. *Riese*.
- RICCITELLI (L.). Les centres encéphaliques de régulation des fonctions végétatives, 680.
- RICHTER (G.-E.). Action des moyens biologiques sur les processus schizophréniques, 306.
- RIESE (W.) et RÉQUET (A.). Correspondance de Kent sur les rapports de l'âme et du cerveau, 44.
- RISER. V. *Cestan*.
- ROBALINHO CAVALCANTI. Tuberculose cérébrale, 291.
- ROBIN (Gilbert). Les démences chez l'enfant, 274.
- ROGER (H.) et OLMER (Jean). Polynévrite neuro-anémique des membres supérieurs, 122.



- et PAILLAS (Jean-E.). Les tumeurs cérébrales métastatiques, 291.
- et ALLIEZ (Joseph). Chorée fibrillaire de Morvan. Acrodynie infantile et troubles psychiques, 689.
- , CRÉMIEUX (Albert-) et ALLIEZ (Joseph). Syndrome catatonique post-typhique curable, 810.
- et CRÉMIEUX (Albert-). Les troubles psychiques de la mélistococcie, 816.
- RODRIGUEZ CUEVILLAS (C.). V. *Ancochea*.
- ROJAS (Luis). Status dysraphicus, 289.
- ROMERO (Andréa). Altérations de la névroglie dans la méningo-encéphalite tuberculeuse, 860.
- RONDEPIERRE (J.). Cyclothymie et dysendocrinie, 429.
- ROSENBLUM (J. J.) et GUESSELSON (B. S.). Début aigus dans la schizophrénie, 654.
- ROSSI (O.) et GASTALDI (G.). La régénération du tissu nerveux chez les vertébrés supérieurs, 859.
- ROTHFELD (J.). Les troubles psychiques au cours des tumeurs cérébrales, 660.
- ROTHSCHILD (D.). Maladie d'Alzheimer, 279.
- ROUART (J.). *Discussion*, 105.
- , Psychose maniaque-dépressive et folies discordantes, 475.
- ROUDINESCO (Mme M.). Dolichosténomélie ou maladie de Marfan, 266.
- , V. *Heuyer*.
- ROUSSET (Mlle S.). V. *Barré*.
- , V. *Courbon*.
- ROUSSY (Gustave) et LÉVY (Gabrielle). Les états spasmodiques du releveur de la paupière supérieure par lésion cérébrale, en foyer, 289.
- , LHERMITTE (J.) et HAGUENIN (René). Syndrome métastatique aigu médullaire dans le cancer, 469.
- et MOSSINGER (M.). L'hypothalamus, 675.
- ROXO (Henrique). Méthodes spéciales de traitement des maladies mentales, 428.
- , Traitement de certaines maladies nerveuses et mentales, 642.
- , Déséquilibre vago-sympathique dans les maladies mentales, 654.
- RUBENOVITCH (P.). Mentalité primitive et psychopathologie, 652.
- RUBINSZTEJN. Influence du système vestibulaire sur la pression artérielle, 680.
- RUDY (H.). V. *Plant*.
- RUTISHAUER (E.). Pathologie de la dure-mère spinale, 676.
- RUYSER (R.). Les sensations sont-elles dans notre tête ? 283.

## S

- SACRISTAN (José M.). Le métabolisme hydrocarboné dans la psychose maniaque-dépressive endogène, 300.
- SAINTON (P.) et LHERMITTE (J.). Neurinomes multiples, 123.
- SALMON (Albert). Le facteur endocrin-sympathique dans la fièvre, 303.
- , Le rôle des noyaux diencéphaliques dans le mécanisme des crises épileptiques, 852.
- SAMERON (J.-J.). V. *Laignel-Lavastine*.
- SANCHEZ-BULNES (Luis). La pyrétothérapie des atrophies optiques syphilitiques, 309.
- SANDOR (Giorgio). Le système neuro-végétatif chez les aliénés, 854.
- SANTOS RUIZ (A.). V. *Collazo*.
- SAVITSCH (E. de). Myoclonies vélopalato-linguales et des globes oculaires, 647.
- SCHAECHTER (M.). Les phobies, 653.
- SCHAEFFER, MARTEL (Th. de) et GUILLAUME. Les tumeurs de la glande pinéale sans signes focaux de localisation, 266.
- , Myasthénie bulbo-spinale et paralysie oculaire périodiques, 667.
- et BIZE (R.). Maladie de Parkinson et syphilis, 850.
- SCHIFF. *Discussion*, 85.
- SCHILDER (Paul). Différents types de psychoses dépressives, 274.
- SCHMITE. V. *Darquier*.
- , V. *Petit-Dutailles*.
- SCHUBE (Purcell G.). Etats affectifs des paralytiques généraux, 281.
- SCHWOB (R.-A.) et MONNIER (Marcel). Névrose du système végétatif avec arrêt du cœur et automatisme ventriculaire pendant la compression oculaire, 264.
- SENISE (Tomasso). Les psychoses affectives prodromiques de l'encéphalite épidémique et des syndromes parkinsoniens, 275.
- , L'activité électrique du cerveau, 298.
- SEUISE (Ivanasso). La paralysie générale au Brésil et dans d'autres pays, 280.
- SÉZARY (A.). Examen du liquide céphalo-rachidien chez les syphilitiques, 301.
- et GALLOT (H.). La paralysie générale des tabétiques, 659.
- SILZ (Mlle A.). V. *Minkowski*.
- SIMON (Th.). *Allocution*, 87.
- , ANGLADE (Louis) et PETIT (Mlle P.). Appareil pour la mesure de l'amplitude des réflexes rotuliens, 203.
- , *Discussion*, 456, 599, 626.

- SIVADON (P.). V. *Claude*.  
 SJÖGREN (Forsten). Recherches hérédopathologiques sur la chorée de Huntington, 133.  
 SLAGLE (Eleanor C.). Le traitement par le travail dans l'Etat de New-York, 305.  
 SLIVKO (I. M.) et KRIJANOWSKAJA (Mme K.-P.). Le chlorure de sodium hypertonique intraveineux dans l'épilepsie et la schizophrénie, 307.  
 SLONIMSKAIA (V. M.) et BALABAN (S. B.). Maladie de Recklinghausen associée à d'autres dysgénésies du système nerveux, 670.  
 SMALL (Rose R.). V. *Freeman*.  
 SNESSAREF (P.-E.). De la toxicité dans la schizophrénie, 273.  
 SOKOLANSKI (G. G.) et KOVALOV (E. N.). Les méningites infectieuses, 669.  
 SOMOGYI (I.) et ANGYAL (L.-V.). Les tableaux cliniques schizophréniques dans la paralysie générale, 659.  
 SORREL (E.) et SORREL-DÉJERINE (Mme). Paraplégie pottique, 641.  
 SORREL-DÉJERINE (Mme). V. *Sorrel*.  
 SOTO-PRADERA (Emilio). V. *Cardenas*.  
 SOTO ROMAY (Ramon). L'arachnoïdite spinale kystique, 670.  
 SOUQUES (A.) et BERTRAND (Ivan). Névrite hypertrophique progressive de l'enfance, 135.  
 SPAGNOLI (B.). Y a-t-il un virus filtrable du parasite du paludisme ? 301.  
 —. L'exploration encéphalographique dans la maladie de Pick, 854.  
 STEBLOW (E.-M.). Epilepsie expérimentale chez le chien, 297.  
 STECK (H.). Anatomopathologie et physiopathologie de l'épilepsie, 145.  
 STEIN (W.). V. *Pinczewski*.  
 STERLING (W.). Les troubles psychiques dans les tumeurs cérébrales, 660.  
 — et WOLFF (M.). Hémorragie sous-durale tardive, 853.  
 STONE (Leo) et MENNINGER (William C.). Psychose associée à une tumeur cérébelleuse de la ligne médiane, 856.  
 STONE (Simon). Le délire de Miller ; la psychologie des fous, 281.  
 STRECKER (H.). Traitement de la schizophrénie par l'insuline, 685.  
 SVENDSEN (Margaret). Compagnons imaginaires des enfants, 283.
- T**
- TASSOVATZ (B.). La méningite séreuse de la poliomyélite et la méningite tuberculeuse, 669.  
 TENA (Antonio). Le chlorhydrate d'émétine dans le traitement de l'alcoolisme, 308.  
 TERRIEN (F.). Les séquelles oculaires tardives de l'encéphalite épidémique, 849.  
 TEULIÈRES (M.) et BEAUVIEUX (J.). Les manifestations oculaires tardives dans l'encéphalite épidémique, 850.  
 THIÉBAUT (F.). V. *Chavany*.  
 THIÉFFRY (S.). V. *Chavany*.  
 THOMAS (A.), MARTEL (Th. de) et GUILLAUME. Ablation partielle du lobe frontal sans troubles de l'équilibre, 120.  
 —. Le faisceau rubrospinal chez l'homme, 123.  
 — et AUBRY. Etude anatomique du nerf vestibulaire dans un cas de vertige de Menière, 470.  
 THUREL. V. *Alajouanine*.  
 TILITCHEEF (G.). V. *Lévy-Valensi*.  
 TINEL (J.) et JACQUET (M.). Hémiplegie passagère par embolie gazeuse, 263.  
 —. Parkinsonisme post-traumatique chez un ancien encéphalitique, 469.  
 TITECA (J.). V. *Baonville*.  
 —. V. *Dereux*.  
 —. V. *Alexander*.  
 —. Dégénérescence wallérienne du nerf, 663.  
 —. V. *Moldaver*.  
 TOMASZEWSKI (V.). La différenciation psychique par rapport aux groupes sanguins, 300.  
 TOMESCO (P.), GRUIA IONESCO (N.) et CONSTANTINESCO (P.). L'index-tyrosine de polypeptidémie dans les maladies mentales, 548.  
 TRELLES (J.-O.). V. *Lhermitte*.  
 TRIQUENEAUX. Une autoéviscération considérée comme un crime, 839.  
 TRONCONI (V.). Infection nerveuse par le cryptococcus histolyticus, 299.  
 —. La névroglie humaine, 859.  
 TURYN (F.). Formes frustes du syndrome basophile de Cushing, 303.
- U**
- UBALDO (M.-B.). Les plexus choroïdes dans la paralysie générale, 677.  
 UNGAR (C.). Mode de terminaison des nerfs sympathiques, 674.  
 —. Appareils périphériques vasodilatateurs et terminaisons nerveuses sensitives, 674.  
 UTTL (K.) et CERNACEK (Jos.). Thrombose avec signes de lésion transversale de la moelle, 134.

## V

- VALENCE (R.). V. *Porot*.  
 VASILESCO (Alex.). V. *Obregia*.  
 VAZQUEZ-VELASCO (C.). L'exploration du système nerveux végétatif, 297.  
 VENTRA (Carmelo). La constitution morphologique des schizophrènes, 656.  
 VENTRE (Pierre). V. *Pinelli*.  
 VERMEYLEN (G.). La psychiatrie et la psychopathologie de l'enfant, 268.  
 —. Les tendances actuelles de la psychiatrie en Belgique, 359.  
 — et HEERNU. Vitamines C et troubles mentaux, 646.  
 — et HEERNU. Maladie de Dercum avec troubles mentaux prédominants, 840.  
 VERVAECK (L.). La prophylaxie criminelle et les psychiatres, 269.  
 VIALARD (S.). Réflexe oculo-cardiaque spontané et intempestif, 664.  
 VICTORIA (Marcos). Les lésions de la 3<sup>e</sup> frontale gauche sans aphasie, 290.  
 VIDART (L.). V. *Anglade*.  
 VÎÉ (Jacques). Le traitement des maladies mentaux par le travail, 306.  
 —. *Discussion*, 617.  
 —. Réactions psychopathiques ébauchées en rapport avec des difficultés sociales chez des déséquilibrés, 648.  
 —. Rapport sur les Assistantes sociales psychiatriques, 783.  
 VIETS (Henry R.) et WATTS (James W.). Méningite aiguë aseptique, 293.  
 VILKOMIRSKY (I.). Maladie de Basedow associée à la sclérose en plaques, 671.  
 VINCENT (Clovis). Repérage radiographique du rocher dans les tumeurs de la 8<sup>e</sup> paire, 120.

- , LANGERON (L.), DEREUX (J.) et LE-MAITRE (L.). Maladie osseuse de Paget, compression médullaire grave, 641.  
 VINCHON (Jean). V. *Laignel-Lavastine*.  
 VOISIN (Jean). V. *Laignel-Lavastine*.  
 VOLFOVSKI (O. J.). Troubles psychiques du type « acairia » dans la chorée de Huntington, 856.  
 VURPAS. *Discussion*, 86, 425, 742.  
 —. *Allocation*, 88.  
 — et FABRE. Récidive d'hallucinations après une hémorragie. Conservation de la conscience, 644.

## W

- WARNER (Francis James). Le cerveau dans l'alcoolisme chronique et la psychose de Korsakoff, 296.  
 WATANABE (Kintaro). Les circonvolutions calleuses chez les Japonais, 294.  
 WATTS (James W.). V. *Viets*.  
 WEBER (A.). La caricature médicale, 474.  
 WEIGL (E.). V. *Parhon*.  
 WEIL. V. *Monier-Vinard*.  
 WEISSFELD (M.). Les paralytiques généraux avant et après le traitement malarique, 659.  
 WITEK (S. T.). V. *Baranowski*.  
 WOLFF (M.). V. *Sterling*.

## Y

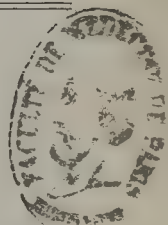
- YAHN (Mario). Infection des voies biliaires et troubles mentaux, 277.  
 YATES (E. D.). V. *Hennely*.

# ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

---

## MÉMOIRES ORIGINAUX

---



### LES ASPECTS FAMILIAUX DES PAROXYSMES RÉFLEXES DU TONUS

*Contribution à l'étude des faits de Cataplexie  
et d'Hypertonie dites affectives  
et de leurs relations avec la pathologie constitutionnelle* (1)

PAR

LUDO VAN BOGAERT

L'influence des émotions et, particulièrement, de celles qui s'accompagnent de surprise, sur l'état de la tonicité musculaire est connue depuis longtemps, à telle enseigne qu'elle a passé dans le langage populaire. Ces manifestations n'ont pas attiré l'attention, semble-t-il, des neurologistes et cependant de temps à autre elles se présentent à leur observation, avec des caractères d'intensité, de rapidité et de facilité telles qu'elles évoquent l'idée d'un phénomène réflexe.

Ces pertes brusques du tonus d'attitude sont bien connues dans la littérature neurologique contemporaine, sous le nom de *cataplexie* ou d'*attaques cataplectiques* et ont fait l'objet de

(1) Travail du Service de Médecine de l'Hôpital de Stuyvenbergh et de la Section Généalogique de l'Institut Bunge, à Anvers.



nombreux travaux, tant en France que dans les pays anglosaxons. On trouve, dans les travaux de Lhermitte (1), Tournay (2), Thiele et Bernhardt (3), Max Levin (4), un exposé et la bibliographie complète des relations de ces états avec le sommeil normal et pathologique ; d'autre part, dans ceux de S.-A.-K. Wilson (5), Claude et Baruk (6), Baruk (7), les acquisitions les plus récentes sur leur différenciation à l'égard des pertes de contrôle épileptique. Nous ne reviendrons pas ici sur ce côté de leur diagnostic différentiel.

L'intérêt des observations que nous désirons étudier aujourd'hui réside dans ce seul fait que *l'attaque tonique s'y présente sous forme d'une réaction motrice, surgissant dans les conditions les plus variées, chez des sujets à tempérament bien particulier, indépendamment de tout autre phénomène d'inhibition cérébrale, comme si elle constituait, à elle seule, une des caractéristiques constitutionnelles de ces individus.*

Dans la seconde partie de notre travail, nous rechercherons si on retrouve, dans la littérature contemporaine, d'autres documents, permettant de considérer, sous un angle aussi général, les paroxysmes toniques, spontanés ou induits.

### I. Famille R... Cataplexie, obésité, vagotonie, cataracte de Coppock

Nous avons eu l'occasion d'étudier, ces dernières années, une famille où les chutes cataplectiques sont accompagnées d'un état dysendocrinien avec cataracte. Sans vouloir tirer de cette association des conclusions physiopathologiques qu'elle ne comporte pas, nous croyons que ces cas méritent d'être connus et discutés. Voici l'observation initiale dont nous sommes partis :

OBSERVATION I. — P. H..., 24 ans.

*Anamnèse.* — Une cataracte bilatérale s'est développée très précocement, chez elle, dès la plus tendre enfance. A l'âge de trois ans, la vision était déjà gênée. Elle a été observée par le Prof. H. Coppez en 1916.

*Histoire.* — La malade est âgée actuellement de 23 ans, elle a un enfant bien portant âgé de 3 ans et qui ne présente pas de cataracte.

Elle a beaucoup *grossi* après cet accouchement. Depuis huit mois, elle présente des « *chutes brusques* » qui se produisent à l'occasion d'une émotion, triste ou gaie, ne s'accompagnant pas de perte de conscience, ni de céphalée, ni de troubles sphinctériens. Ces accès

sont d'une grande rapidité et souvent la malade est déjà relevée au moment où l'entourage s'aperçoit de son effondrement. Elle-même accuse simplement un dérobage des jambes, elle se replie brutalement sur elle-même, mais sans aucune éclipse de conscience. Une seule chute a été plus pénible du fait de circonstances extérieures, la perte du contrôle s'est produite dans un escalier en colimaçon, au moment d'un éclat de rire.

Les chutes sont devenues plus fréquentes depuis un mois et se produisent une à trois fois par jour, parfois à l'occasion d'un effort brusque.

*Examen le 10 août 1931.* — Malade obèse, à peau fine, sèche, poils peu abondants, cheveux très soyeux et de taille petite (1 m. 51).

La graisse des flancs et des fesses est très développée. Les mains sont minces, fines et un peu succulentes. Les extrémités des pieds sont cyanosées et froides. Elle a fréquemment des fourmillements dans les membres inférieurs. Elle est *frileuse*, ses règles sont *peu abondantes* et fréquemment *en retard*.

L'examen neurologique est négatif.

La pression artérielle est basse, 120-80. Indice petit (2), auscultation normale.

Ancienne otite et mastoïdite à l'oreille gauche.

Aérocolie avec constipation. *Métabolisme basal* (— 14 %) (— 16 %).

Wassermann-sang, négatif.

*Description d'un des accès.* — Certains accès sont de véritables surprises, d'autres sont précédés d'un malaise « qui me renseigne à temps pour que je puisse m'accouder ou m'asseoir sur un seuil, par exemple, si je suis surprise en rue. Ces accès relativement lents n'excèdent cependant en durée pas cinq à six minutes. Je sens alors des fourmillements dans la main, la nuque se serre, je suis incapable de parler, la poitrine est serrée comme dans un étiau..

« Je m'affaïsse lentement et suis à terre incapable de bouger, sans voix. Dès que je retrouve ma voix, la force me revient. A deux reprises, un accès lent m'a surpris en rue à l'occasion d'une montée rapide des escaliers, au port, comme si l'essoufflement avait raison de mes forces. Contre les accès rapides et contre les accès lents, je suis sans aucune défense. Je n'ai jamais perdu conscience ni éprouvé de céphalée après la chute. »

*Evolution.* — Un traitement belladone-gardénal et ovaro-hypophysaire est prescrit. L'amélioration est considérable, elle n'a plus présenté, pendant ces trois mois, une seule crise.

Revue le 21 avril 1932, elle est enceinte de quatre mois, et, en dehors des nausées et vomissements des trois premiers mois, elle n'a accusé aucun malaise, sauf deux chutes un peu différentes d'ailleurs. Pendant une partie de bridge, elle a été surprise par une réponse très vive de son père, est devenue pâle et dyspnéique, et elle a perdu

connaissance. Il y a eu ici un vrai trou de mémoire. Après, revenue à elle, elle s'est sentie fort fatiguée pendant le restant de la soirée.

Une seconde crise analogue s'est produite après un surmenage intense de trois jours. Le début a été fait de vertiges, d'une sensation de vide, elle se sentait étouffer, s'est couchée par terre, mais n'a pas perdu conscience. En dehors de ces crises un peu atypiques, elle a présenté encore trois chutes habituelles du type rapide.

Revue le 10 septembre 1932. L'accouchement a été facile. L'enfant est bien portant et sans cataracte actuellement décelable.

*Après l'accouchement, les chutes ont été plus fréquentes.*

Nous avons assisté à un accès typique le 26 avril 1933. La malade avait à cette époque de violentes quintes de toux ; au moment où nous l'auscultions, elle en fit une, particulièrement violente avec cyanose du visage, puis brusquement elle pâlit et s'affale.

Le visage a perdu toute tonicité, il est rose pâle, les paupières sont abaissées comme pendant le sommeil, les globes révolvés, les pupilles serrées. Le pouls est lent, mais bien frappé, il bat aux environs de 64-68. La respiration est lente et régulière, elle a son amplitude normale.

Les réflexes tendineux sont affaiblis mais existent, il n'y a pas de signe de Babinski. Elle ne répond à aucune question, ni excitation douloureuse. Les lèvres tremblent. Nous avons tenté en vain de vérifier les réactions pupillaires à la lumière, l'éversion des globes oculaires rend cette recherche impossible. Au bout de 3 minutes 20 secondes, l'aspect du visage change, elle redevient rose, prononce quelques paroles peu intelligibles, d'une voix sourde, puis brusquement la parole s'améliore, elle tente de se retourner sur le côté mais sans succès, il faut attendre encore quatre nouvelles minutes pour qu'elle puisse répondre distinctement à nos questions.

Les réflexes restent encore affaiblis au bout de ce temps, mais pas de signe de Babinski. Le pouls remonte progressivement à 72 puis au bout d'un quart d'heure à 84 par minute, en même temps que la respiration est plus profonde. A ce moment, les pupilles ont déjà deux fois le diamètre de celui qu'elles avaient au moment de l'accès. La patiente se souvient de tout ce qui s'est passé, elle n'a pas de céphalées et peut circuler, comme avant.

Après le retour des règles, les crises se sont espacées considérablement. Comme la malade se sent bien, elle renonce à toute thérapeutique.

Revue le 9 juillet 1934, elle a fait, pendant ces seize mois, en tout, quatre pertes de contrôle à l'occasion de rires ou d'émotions. Etat général excellent. L'acrocyanose des mains et des pieds est cependant plus accentuée. Les règles n'apparaissent que toutes les six semaines et durent deux jours.

Sang : globules blancs, 8.700 ; globules rouges, 4.210.000 ; lymphocytes, 41 % ; éosinophilie, 1,2 % ; ralentissement du temps de sédimentation.

Réflexe oculo-cardiaque positif.

Epreuve de glycosurie alimentaire négative.

Glycémie, 0,78 mgr.  $\%$ , 81 mgr.  $\%$ . Calcémie, 103 mgr.

L'épreuve de la pression à l'adrénaline donne une réaction vago-tonique.

*En résumé* : chutes cataplectiques à l'émotion, gaie ou triste (surtout à l'émotion gaie) et à l'effort de toux (surtout à la quinte pénible).

Insuffisance thyro-ovarienne. Métabolisme basal légèrement abaissé. La période post-puerpérale est marquée par une recrudescence des chutes. Le retour des règles exerce une action inhibitrice.

M... H... nous apprend alors que ces chutes n'avaient rien d'exceptionnel dans la famille, du côté paternel, et que presque tous les individus gras, atteints de cataracte, avaient de ces déroboements brusques des jambes au moment des émotions, du rire ou d'une surprise.

Une enquête soigneuse (mais combien difficile) nous a permis de confirmer la réalité de ces faits.

Chez notre deuxième malade, les attaques cataplectiques rappellent celles de l'Obs. I ; elles sont cependant plus brusques. Cette malade est, par ailleurs, une neurasthénique ou plutôt une cyclique. Celles des observations 3 et 4 sont superposables à celle de M... H...

Obs. II. — N. J..., 17 ans. *Acrocyanose. Cataracte.*

Les règles sont apparues pour la première fois à 14 ans, elles durent un jour et n'apparaissent que toutes les 7-8 semaines. Les chutes se produisent depuis l'âge de 12 ans et se produisent à des intervalles variables, cependant, on peut compter chez elle une chute par semaine en moyenne. Il s'agit d'une perte de contrôle moins brusque, plutôt d'un affaissement de courte durée, qui est parfois suivi d'une transpiration abondante. La première fois que la malade a été surprise par l'accès, c'était en rue, après une course assez fatigante avec des amies de classe, elle a senti brusquement une oppression dans la région épigastrique, puis dans les seins, puis une sorte d'étau qui enserrait le haut du thorax, à la manière d'un corset, oppression rappelant celle des cauchemars. Elle a éprouvé quelques fourmillements dans les deux mains, s'est appuyée au mur et s'est affaissée lentement. Elle a pu dire d'une voix décomposée à ses compagnes : « Je tombe, prenez-moi... », puis a été incapable de parler.

Au bout d'une minute, elle a pu reparler et a pu se remettre debout.



Elle n'a pas perdu connaissance du tout. Elle a pu continuer la promenade, sans mal de tête.

Les accès suivants ont parfois été précédés de fourmillements, mais pas toujours : elle a remarqué toujours la disparition de la parole. Cet « éloignement » de la voix précède de plusieurs secondes le fléchissement du corps.

Une seule fois, l'accès a été introduit par une flexion trop accentuée du tronc en avant, lors d'une leçon de gymnastique.

Elle ne peut pas arrêter l'accès.

La durée de la chute n'excède pas 8-14 secondes.

L'examen somatique n'offre aucun intérêt particulier.

Au point de vue biologique, nous retiendrons les données ci-dessous :

Examen du sang : calcémie, 94 mgr. ; glycémie, 97 mgr., 98 mgr. ; cholestérinémie, 210 mgr. ; globules rouges, 4.600.000 ; globules blancs, 7.100 ; hémoglobine, 81 % ; lymphocytes, 39 % ; éosinophiles, 0,7 %.

Le temps de sédimentation était particulièrement long.

Réflexe oculo-cardiaque inexistant, le pouls varie entre 60 et 72 pulsations par minute.

Epreuve de glycosurie alimentaire négative.

Examen des urines négatif.

*Métabolisme basal*, — 18 %, — 21 %.

Cette malade a été traitée régulièrement par l'éphétonine depuis trois ans et n'a plus présenté, depuis cette époque, aucun trouble appréciable.

*En résumé* : chez cette jeune fille, qui est également une *obèse* avec *hypogénitalisme* et *abaissement du métabolisme de base*, on observe les mêmes *attaques cataplectiques* : la première s'est produite à l'effort, après une course, les autres se sont produites souvent spontanément, une autre encore à la suite d'un effort musculaire isolé. L'éphétonine les a supprimé radicalement.

Obs. III. — B. J..., 14 ans.

A été *maigre jusqu'à l'âge de 11 ans, puis a commencé brusquement à grossir*. En dépit de tous les régimes proposés, elle a gagné 13 kilos. Les premières règles ont apparu à ce moment, elle est *réglée régulièrement toutes les cinq semaines, mais l'écoulement ne dure qu'une demi-journée*.

Pas d'acrocyanose, développement normal des poils pubiens.

*Frilosité, pas de poils axillaires, peu de cheveux, signe du sourcil*.

A présenté deux chutes, à l'occasion d'une frayeur ; les chutes sont peu brutales comme celles de la sœur.

La première chute se situe à 12 ans 1/2. Etant en rue, elle a assisté,

à quelques mètres d'elle, à une collision d'automobiles, très violente. Surprise brusquement par le fracas des vitres et le bruit du choc, elle s'est affaissée lentement, sans aucune sensation préalable, dit-elle. A terre, elle était pâle, comme endormie. Elle était incapable d'ouvrir la bouche, ni les yeux ; une personne étrangère qui l'accompagnait croyait qu'elle était morte. Au bout de quelques instants, elle a pu rouvrir les yeux, parler, se lever, et a été transportée, malgré elle, au commissariat de police, avec les blessés de l'accident.

Elle a gardé le souvenir de tous les faits qui se sont déroulés.

Une seconde chute a été précédée d'un *état rigide* de très courte durée, dans les circonstances suivantes : au sortir d'une fête, la nuit, elle revient chez elle avec quelques fillettes et garçons. Un de ceux-ci s'est embusqué derrière un arbre et la surprend en imitant l'aboïement d'un chien. Elle se saisit, se dresse sur la pointe des pieds, devient toute raide, puis s'affaisse lentement, comme au moment de l'accident.

Ce sont les deux seuls accès qui se sont présentés chez elle.

Des examens biologiques nous retiendrons les faits suivants :

Sang : globules rouges, 4.000.000 ; globules blancs, 5.600 ; lymphocytes, 52 % ; éosinophiles, 3 % ; cholestérinémie, 2,06 mg. ; glycémie, 102 mg. ; calcémie, 91 mg. ; temps de sédimentation normal.

Réflexe oculo-cardiaque positif, le pouls passe de 81 à 67.

Pression artérielle basse, 12/9, 11, 5/8, 12/7.

Epreuve de glycosurie alimentaire négative.

Métabolisme basal, — 13 %, — 15 %.

Absence de parasites dans les selles.

Chez cette jeune fille *hypo-ovarienne* et *hypo-thyroïdienne*, on a observé deux accès cataplectiques, tous deux survenus à la suite d'une frayeur brusque. *Le second accès a été précédé d'une période de rigidité de très courte durée.* Sans aucun traitement, les accès sont disparus aujourd'hui. Il nous a été impossible de les provoquer par l'effort.

OBS. IV. — Homme très *corpulent* (94 kilos), de taille petite, 1 m. 69.

*Cyanose* marquée du visage et des mains.

*Absence de sourcils, absence de poils axillaires.* Abdomen particulièrement développé. *Organes génitaux petits.* Il a pesé jusqu'à l'âge de 28 ans entre 52 et 61 kilos. A ce moment il a gagné 11 kilos en deux ans. Les premières chutes apparurent à 29 ans.

A fait plusieurs *chutes* analogues entre 30 et 42 ans. Depuis 2 ans, il n'en a plus présenté une seule. Il a des crises brusques de sommeil irrésistible en dehors de la période digestive. Il peut être éveillé mais se rendort aussitôt. Ces crises de somnolence sont apparues vers l'âge de 40 ans.

Voici quelques renseignements plus détaillés sur les chutes.

La première crise a apparu à l'âge de 29 ans à l'occasion d'une violente colère. Il réprimandait vertement un de ses employés comme celui-ci répondait d'une façon insultante, il s'est fâché, s'est mis à crier et brusquement sa voix a changé de nuance, il est devenu aphone, a senti une contraction très pénible à la gorge, dans le cou, les épaules... il s'est affaissé lentement. La chute n'a occasionné aucune blessure. Au bout de quelques secondes, il a pu se relever, la voix est revenue, il était couvert de sueur, la bouche et l'arrière-gorge étaient desséchées. Le médecin est venu et a diagnostiqué une angine de poitrine et l'a mis au lit pendant huit jours en dépit des protestations du malade qui se sentait fort bien.

Le second accès s'est produit trois mois plus tard, à l'occasion d'une émotion agréable.

De 30 à 42 ans, il a eu un assez grand nombre d'accès, lui-même en compte quatre à huit par an. Quatre de ces accès se sont produits à l'occasion d'un coït.

Sur les *accès de somnolence*, il donne les renseignements suivants : « Brusquement, souvent pendant que je joue aux cartes, et que je viens de finir un jeu très palpitant, je tombe dans un état de sommeil..., qui dure cinq à six minutes, état de sommeil irrésistible, mais j'ai toujours le temps de m'allonger. »

« Les partenaires connaissant ce défaut, on m'installe alors dans un fauteuil, et, quand ma figure est redevenue normale, on me réveille et je puis recommencer à jouer. Je n'ai pas souvenance de ce qui se passe pendant ce temps et je ne sais pas non plus combien de temps je dors, mais ce sommeil, d'après ce qu'on me dit, n'excède jamais une dizaine de minutes. Le sommeil est irrésistible, mais, grâce à des efforts et des mouvements, je puis lui résister pendant quelques instants, tandis que la chute est immédiatement irrésistible. Pendant que la somnolence m'envahit, mes idées s'écoulent plus lentement, elles sont moins précises, comme quand on va s'endormir, mais je puis encore continuer à parler. Une fois par terre, au cours de ma chute, il est impossible d'émettre le moindre mot, ni de faire le moindre geste pour me ressaisir.

« J'éprouve de temps à autre cette sensation au moment de mon réveil, le matin..., il y a une dizaine de secondes pendant lesquelles je suis conscient, mais encore incapable de parler ou de bouger. La volonté y est, mais le corps refuse. Au début, je m'inquiétais de ces *états de réveil sans réveil vrai*..., maintenant, je ne m'en préoccupe plus : je suis alors, dans mon lit, comme quand je suis par terre..., je sais que c'est de courte durée. »

Chez ce patient, à deux reprises, après une hyperventilation, pendant 11 minutes, nous avons vu apparaître un état de sommeil durant quatre minutes, avec un signe de Chwostek fortement positif.

Pendant ce temps, le masque est celui d'un homme endormi. Il a

conservé sa coloration normale. Les paupières sont abaissées comme pendant le sommeil paisible. Les globes oculaires réversibles vers le haut. Le réflexe cornéen est conservé.

Le pouls, qui est monté à 110, pendant les premières six minutes de l'hyperventilation, se maintient maintenant à 92 par minute.

*Métabolisme basal, — 11 %.*

Sang : globules rouges, 4.800.000 ; globules blancs, 8.100 ; lymphocytes, 31 % ; éosinophiles, 3,4 % ; cholestérine, 1,90 mgr. ; glycémie, 8,8 mgr. ; urée-sang, 41 mgr. ; calcémie, 106 mgr. ; réflexe oculo-cardiaque indifférent.

Epreuve de glycosurie alimentaire négative.

*Dans cette famille, nous trouvons associés, tant chez les hommes que chez les femmes : 1° une cataracte du type décrit par Coppock ; 2° un état dysendocrino-végétatif à prédominance d'insuffisance thyro-génitale et de vagotonie ; 3° des accès de cataplexie, associés, dans un cas, à des crises de narcolepsie.*

\*  
\*\*

*L'association de la catalepsie et de la narcolepsie est fréquemment signalée dans la littérature. On sait, depuis bien longtemps, que les attaques cataplectiques se terminent souvent par un sommeil de courte durée, mais le problème du rapport physiologique entre les deux phénomènes est encore très mal connu. Si la relation du sommeil normal et de la narcolepsie est évidente, au point que Kinnier-Wilson croit qu'il est difficile d'établir, entre le sommeil naturel et les états de stupeur et de transe, des différences profondes, nous ne trouvons, dans la physiologie normale des émotions, aucun type de réaction comparable à la cataplexie. Sans doute, les analogies ne manquent pas. Différents auteurs ont rapproché les attaques cataplectiques de la perte de contrôle du tonus général ou local (sphinctérien par exemple) dans le rire, le chatouillement, l'effroi, mais on peut se demander, avec Redlich (8), si ces rapports dépassent la simple ressemblance extérieure. Il est évident que des manifestations aussi parcellaires que la chute de la mâchoire, que le fléchissement des bras et des jambes, l'échappement des objets à la suite d'une impression de surprise ou d'effort ne peuvent être comparés à ces inhibitions brusques de tout le tonus somatique, que nous venons de rappeler plus haut. En outre, il y a, dans les deux états, des symptômes d'accompagnement différents : Scharfetter et Seeger, qui séparent également la perte du tonus affectif normal de l'attaque cataplectique, insistent sur l'ouverture large des yeux,*



l'accélération du pouls et les phénomènes vasomoteurs de la face. Il en résulte que, si l'on peut admettre avec Kinnier-Wilson, qu'entre la cataplexie et les perturbations affectives normales du tonus il y a une relation, en ce sens que tous deux sont des modes d'un même mécanisme physiologique, il y a entre les deux des différences importantes.

Le second point soulevé par le phénomène cataplectique est celui de *ses relations avec le sommeil normal* : il ressort de toute une série de symptômes qui accompagnent l'un et l'autre de ces états. Le miosis, les modifications de position des globes oculaires, l'abaissement de l'excitabilité des réflexes, le ralentissement du pouls, le déplacement vagotonique de l'état végétatif, les paresthésies, parfois même certains mouvements involontaires appartiennent aux deux états et c'est leur présence qui a fait considérer la cataplexie par quelques-uns comme une manifestation isolée du complexe hypnique.

Il ne faut pas perdre de vue cependant que l'accès cataplectique diffère du sommeil normal et pathologique par des caractères importants : l'abaissement du tonus est, dans l'état cataplectique, beaucoup plus profond que dans le sommeil. Il suffit de rappeler ici les constatations empiriques de notre observation 4 qui savait qu'atteint par le sommeil, il pouvait encore s'installer pour dormir, tandis qu'il était surpris et immobilisé par la chute. D'autre part, la conscience est claire et vigile pendant l'accès cataplectique, elle est en veilleuse pendant le sommeil. Le malade, que nous venons de rappeler, l'avait parfaitement noté.

A ces différences que J. Wilder avait déjà signalées, s'en ajoutent encore d'autres et que nos observations confirment avec certitude. *La rapidité avec laquelle s'installe la cataplexie est celle d'un mécanisme réflexe* : le patient s'affaisse en l'espace d'un instant, il n'entre pas progressivement dans cet état de résolution. La cataplectique ne peut pas être tirée dans son état d'inhibition par des excitations quelconques : le narcoleptique peut être réveillé. Les bruits, les mouvements qui luttent contre le sommeil, n'influencent pas l'accès cataplectique : bien au contraire, ils le favorisent.

*Il y a donc, au point de vue sémiologique, une différence qualitative entre l'accès narcoleptique et cataplectique et qui nous paraît confirmée par l'existence d'observations de cataplexie pure.*

Sans doute, la cataplexie isolée reste-t-elle exceptionnelle et nous ne connaissons, à l'heure actuelle, que les observations de

Munzer (9), de Villaverde (10), de Kinnier-Wilson (11) et de Scharfetter et Seeger (12). Mais nous avons la conviction qu'à l'avenir, maintenant que l'attention est attirée sur ces états, on les observera plus fréquemment.

Le second caractère de cette observation et qui, au point de vue médical, est le plus intéressant, est le *développement de la cataplexie dans le cadre d'un syndrome endocrino-végétatif*. C'est un point sur lequel, dans la littérature, l'attention n'a pas été suffisamment attirée, du moins à notre connaissance. Or, nos quatre malades sont des obèses. Leur *obésité* n'a rien de particulier, si ce n'est qu'elle a apparu dans l'observation 1 et 4 avant l'installation des attaques cataplectiques ; coïncidence qui n'a rien d'exceptionnel, si on se rappelle que les états d'obésité post-encéphalitiques évoluent souvent dans la période préparkinsonnienne. Leur obésité s'accompagne de *troubles génitaux*. Dans la première observation, elle fait suite à un accouchement, elle s'accompagne d'une diminution du flux menstruel et de retards fréquents. Dans la seconde observation, l'obésité précède l'apparition des premières règles, d'ailleurs peu abondantes et irrégulières. Dans la troisième, la poussée d'obésité est contemporaine de la période pubérale. La menstruation est également peu abondante. Dans la quatrième, le patient accuse un état d'hypogénitalisme. Dans tous les cas, les caractères sexuels secondaires, en particulier les poils axillaires et pubiens sont peu indiqués, sinon déficients. Le *métabolisme de base* est abaissé dans toutes nos observations, abaissement discret mais qui dépasse notablement la limite des erreurs de technique. A cette nuance hypogénitale du syndrome endocrinien, s'ajoutent de petits signes d'*hypothyroïdie* : peau sèche, frilosité, éclaircissement du tiers externe du sourcil (Hertoghe), etc... bien difficiles à séparer des précédents. Nulle part on ne trouve d'indications cliniques ou radiologiques plaidant en faveur d'une participation hypophysaire. Que les attaques de cataplexie aient quelques rapports fonctionnels avec les cycles de la vie sexuelle, nous en trouvons une preuve assez intéressante dans l'observation 1 où, pendant toute la grossesse, les chutes ont été rares pour reprendre, avec une fréquence inusitée, dans la période post-puerpérale et devenir, à nouveau, moins fréquentes après le retour de couches.

Aux troubles endocriniens, se combine un *syndrome végétatif du type vagotonique*. Dans les collatéraux, nous trouvons deux cas d'urticaire, un cas de bronchite asthmatiforme et une rhinite spasmodique.

L'hypertension avec bradycardie, la déviation lymphocytaire

de la formule avec une leucocytose normale ou basse, le réflexe oculo-cardiaque positif, l'allongement du temps de sédimentation, l'absence de glycosurie à l'épreuve de la glycosurie alimentaire, avec une glycémie habituelle plutôt basse, autant de symptômes de vagotonie. La valeur constamment normale des calcémies montre que les attaques de cataplexie n'ont rien à faire avec une hypercalcémie d'origine centrale comme l'a supposé Wagner (13). L'épreuve de Strauss, faite chez deux de ces malades, avait montré une capacité de dilution et de concentration normales. D'autre part, la déviation lymphocytaire de la formule s'accorde bien avec la constatation de Lhermitte sur la fréquence de l'aspect lymphatique dans les narcolepsies essentielles (14). Une prédominance vagotonique aurait été remarquée également avec une grande fréquence dans cette dernière affection comme le montrent bien les recherches de Redlich, de Thiele, Kahler, Sterling et Bernhardt (3).

*Il est important pour l'intelligence des faits de cataplexie de savoir si, en réalité, la vagotonie existe ou se renforce encore au cours de l'accès lui-même.* Mais, ici, les documents sont peu nombreux du fait que beaucoup d'auteurs n'ont pu assister au déroulement de celui-ci. Dans l'observation I, nous avons eu cette bonne fortune et, de fait, pendant la chute cataplectique, le pouls et la respiration se ralentissent, les pupilles sont contractées. Cette observation isolée serait sans valeur si elle n'était pas confirmée par les recherches expérimentales de Scharfetter et Seeger, qui ont pu provoquer des crises chez leurs sujets, et les étudier à loisir ; ils enregistrent aussi un miosis, une bradycardie assez fréquente quoique non régulière, traduite à l'électrocardiographie par un ralentissement du rythme sinusal, en même temps que la respiration se faisait arythmique. Ces auteurs conclurent à un renforcement du tonus parasympathique basal, au moins dans certaines de ses manifestations, pendant l'accès.

Sur un dernier caractère clinique du syndrome, nous serons brefs, la *cataracte centrale héréditaire* pure présentée par nos malades est connue sous le nom de cataracte de Coppock, quoique décrite en premier lieu par Nettleship (23).

Elle aussi appartient, suivant la note que le Prof. H. Coppez a bien voulu nous remettre sur certains de ces malades, au type dominant et est essentiellement caractérisée par une opacité dans le noyau du cristallin avec conservation de la transparence des couches périphériques. Les oculistes savent qu'elle s'accompagne fréquemment de tétanie ou de troubles endocriniens.

Ces caractères cliniques bien établis, il nous reste à dire un

mot de la *date d'apparition* de ces singulières chutes. Elles apparaissent à la puberté comme les narcolepsies essentielles, dans deux de nos cas ; dans une autre, vers 22 ans, après le mariage et la première grossesse ; un peu avant la trentaine, chez le quatrième. Ces préférences d'âge se retrouvent également et sont connues depuis longtemps dans les états narcoleptiques vrais.

Leur *évolution* est chronique et il s'agit ici d'un trouble particulièrement tenace ; il n'obéit spontanément qu'aux incidents puerpéraux. Le pronostic en est bénin, et dans aucun de nos cas on ne voit de formes de passage entre ces états et les chutes d'origine épileptique.

Nous retrouvons, seulement, dans les collatéraux des affections du type anaphylactique, angiospasmodique et dystrophique.

Cette enquête constitutionnelle démontre donc, chez nos malades cataplectiques, l'existence d'un état endocrino-végétatif particulier et cependant, l'accès ne se montre qu'à l'occasion de manifestations affectives.

Huit fois sur dix, dans nos observations, les attaques cataplectiques sont en rapport avec des émotions agréables ou désagréables, quoique les premières et particulièrement le rire les provoquent le plus aisément.

On peut, cependant, les voir survenir dans des circonstances différentes et vides de tout apport affectif, quel qu'en soit le signe : à l'occasion d'une violente quinte de toux (Obs. 1), d'une hyperflexion marquée du tronc en avant (Obs. 2), c'est-à-dire de mises en jeu brusques de la musculature thoraco-abdominale. Cette coïncidence ne nous aurait pas particulièrement frappé, si elle n'avait été soulignée expressément dans un travail récent de MM. Scharfetter et Seeger. Ces auteurs, dont le travail si minutieux mérite d'être lu dans l'original, observent que *ce n'est peut-être pas autant le phénomène affectif qui agit que l'expression motrice corporelle qui l'accompagne*, telle que les expirations forcées du rire prolongé ; des quintes de toux, des cris aigus, de l'éternuement... Les phénomènes affectifs prépareraient l'accès, le mouvement thoraco-abdominal le déclancherait et, comme il est itératif, il l'entretiendrait.

*Au point de vue physiopathologique, l'existence d'une constitution endocrino-végétative particulière chez tous nos patients doit être retenue : elle est le lit de l'attaque cataleptique comme d'un grand nombre de crises narcoleptiques.* L'existence d'un déséquilibre dans le sens vagotonique explique peut-être cette fragilité du tonus d'attitude, car nous savons par ailleurs que le déplacement de l'équilibre végétatif dans le sens vagal est



également caractéristique du sommeil normal et du paroxysme narcoleptique. On pourrait étendre plus loin ces inductions et ces analogies, mais nous les croyons inutiles, et l'immense intérêt de ces questions, au point de vue de la physiopathologie de la vigilance et du sommeil, a été bien mis en valeur par tous ceux qui se sont occupés de ce groupe morbide. Les faits demeurent : nous avons vu dans une famille apparaître des attaques cataplectiques perçues comme un phénomène anormal, mais à peine pathologique, les membres atteints étant des hypogénitaux, obèses, vagotoniques, avec une cataracte du type de Coppock. Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature des observations de cataplexie familiale. Nous avons recherché une comparaison dans le domaine des narcolepsies : Thiele et Bernhardt signalent (p. 141) une forme familiale de narcolepsie, où la même maladie existe à l'état pur chez une tante. J. Bauer (5) l'a observée chez le père et le fils, mais les observations les plus importantes sont celles de Hoff et Stengel concernant quatre familles où les narcolepsies apparurent chez deux ou plusieurs membres. Ces observations ont toutefois été soumises à une critique serrée par Wenderowic qui croit à l'origine exogène du syndrome (22).

## II. Famille M... Cataplexie, narcolepsie, atrophie optique bilatérale

OBSERVATION I. — *Antécédents héréditaires.* — Les grands-parents des deux côtés étaient solides et atteignirent respectivement l'âge de 80 et de 90 ans.

Ils eurent huit enfants qui tous sont encore en vie, à l'heure actuelle, sauf la mère de notre patient.

Du côté paternel, le grand-père a présenté une *cataracte sénile*, la grand'mère un *glaucome* et une *atrophie bilatérale des nerfs optiques*.

Le père de notre patient subit, à l'âge de 42 ans, une intervention chirurgicale suivie d'une hémorragie grave qui entraîna une *atrophie des nerfs optiques*.

Il est encore en vie, est âgé de 58 ans, et présente à l'heure actuelle des crises de *vertiges* avec chute sur lesquelles nous allons revenir.

La mère de notre malade est morte de tuberculose pulmonaire à l'âge de 29 ans.

Le père de M. M. présente deux sortes d'accès.

Les premiers sont très fréquents, pratiquement quotidiens, et il en note parfois plusieurs par jour.

Ils le surprennent le plus souvent en promenade : les objets tour-

nent rapidement autour de lui, il s'arrête quelques instants, puis le vertige passe et il peut reprendre sans difficulté sa marche.

La seconde variété de troubles est beaucoup plus rare. Ceux-ci entraînent une *chute* ou tout au moins une *perte instantanée de contrôle*. Brusquement, il remarque que tout tourne autour de lui, et il a la sensation que le sol se dérobe sous ses pas. C'est elle qui entraîne sa chute. Il suffit, alors, de le prendre par le bras, au moment où le vertige commence et même quand il vient de sentir le fléchissement apparaître, pour que tout soit passé, une seconde après.

Ce fléchissement instantané des jambes est parfois pressenti : il appelle aussitôt quelqu'un de son entourage, et, le plus souvent, un soutien minime suffit à prévenir les chutes.

Dans les heures qui précèdent un accès semblable, il ne ressent rien d'anormal, sauf, peut-être, une certaine lourdeur ou vide dans la tête. Immédiatement, après cette chute, il n'est ni confus, ni étonné, il ne ressent aucun mal de tête et n'a jamais perdu conscience un instant. Voici, comme exemple, l'une des dernières crises du second type, racontée par le frère du patient.

« Mon frère était assis dans son fauteuil à table et écoutait la lecture d'un journal. Brusquement, sans que rien ait pu faire prévoir quelque chose, il m'appelle : « Léon, Léon, je tombe. » En réalité, il s'affaisse dans son fauteuil au point qu'il glisse presque par terre, remue un instant les bras. Je le saisis aussitôt par un poignet, je lui dis : « Qu'y a-t-il ? ». A cet instant même, il se remonte et me répond : « Ce n'est rien, tu peux continuer ta lecture. »

Ce premier malade présente deux types d'accès : l'un, véritables crises vertigineuses de très courte durée, mais sans trou de conscience et sans chute, les seconds, suspensions toniques de très courte durée, introduites ou non par un vertige, avec intégrité de la conscience.

En dehors de ces paroxysmes, qui n'ont pas varié depuis vingt ans, et d'une atrophie optique bilatérale, on n'observe aucun trouble fonctionnel.

La mère de ce patient a présenté une atrophie bilatérale des nerfs optiques.

OBS. II. — *Antécédents personnels*. — M. M. n'a jamais été souffrant jusqu'au moment de son service militaire. A cette époque, il fit une fracture de la rotule, qui dut être opérée à trois reprises.

Il se maria à l'âge de 29 ans et n'a pas d'enfants.

Pas d'excès alcooliques ni vénériens.

*Histoire*. — Il se plaint depuis une dizaine d'années, mais de plus en plus fréquemment depuis six ans de *somnolence*, puis d'*arrêts bizarres dans le mouvement* qu'il a dénommé lui-même des « réflexes

contraires » ; de crises qu'il dit internes, de *phénomènes vasomoteurs et végétatifs*. L'interrogatoire de ce sujet qui est un homme intelligent nous a permis de préciser très aisément ces différents troubles assez subtils :

1° *Somnolence*. En tout temps et à tout moment du jour, il sent des envies irrésistibles de dormir, même avant le repas.

« Au bureau, pendant que je tape à la machine, pendant que je fais des additions ou que je fais d'autres opérations arithmétiques, il m'arrive de m'endormir, sans que j'aie le courage ou la volonté de réagir. Dès mon lever, même pendant mon déjeuner, en lisant le journal, il m'arrive de m'endormir. Je me lève, me promène, la somnolence disparaît, mais il suffit de quelques instants d'immobilité pour que je me rendorme. Même quand je me tiens debout expressément, près de la table, pour lire mon journal, je m'endors debout. »

Il a envie de dormir en roulant en bicyclette et doit faire des efforts considérables pour résister alors au sommeil. Il lui est arrivé, à plusieurs reprises, de rouler en dormant : il s'en aperçoit quand il s'éveille et qu'il réalise la distance parcourue.

Il lui est arrivé, au bureau, de se rendre, volontairement, en remplacement d'un collègue, dans la salle des coffres, où le travail est plus minutieux, espérant trouver ainsi une dérivation à son envie de sommeil. Il lui est arrivé de s'y retrouver endormi, le doigt sur la poignée d'un coffre, la main sur un dossier ou debout sur une échelle.

« Au moment où je me réveille, voici ce que je ressens : j'ai l'impression que tout à coup la direction de ma circulation change, j'ai l'impression d'un tremblement intérieur, d'une vibration rappelant celle qu'on éprouve à l'intérieur d'un véhicule qui, lancé à toute vitesse freine brusquement. On reste alors sous l'impression de ce tremblement intérieur pendant quelques instants, même après l'arrêt complet. »

2° *Les états cataplectiques*. Le malade étant dans ses dispositions habituelles, on dit à l'improviste quelque chose qui le fait rire : aussitôt, les jambes plient, souvent plusieurs échappements analogues se succèdent au point qu'il doit se tenir, pour ne pas s'agenouiller.

La même sensation et la même perte de contrôle surviennent quand il doit émettre avec énergie une remarque, une observation : « Quand mon chien désobéit, ou que j'ai à plusieurs reprises dû lui défendre énergiquement quelque chose et que je le crie trop énergiquement..., je suis par terre. »

La même chose lui arrive, quand, pour appuyer un ordre énergique, il fait quelques mouvements de force : « Un jour, j'intime à mon chien, d'un geste violent du bras droit, l'ordre de sortir de la chambre, mon bras reste étendu, je suis incapable de le retirer pendant un court moment, ma bouche reste ouverte, je suis incapable de la refermer et j'éprouve quelques trémulations dans les lèvres. Tout cela ne dure évidemment qu'un instant, mon entourage ne remarque

rien, il n'y a que moi qui me rends compte que quelque chose est déréglé : c'est ce que j'appelle mes réflexes contraires. »

Ces phénomènes se présentent aussi quelquefois, quand il tient un objet en main. Et voici un exemple :

« J'avais déposé ma cigarette allumée sur le bord d'un cendrier, placé sur la table devant moi. Mon petit neveu, âgé de 7 ans, pensant que je ne l'observais pas, s'empare de la cigarette et veut la porter à ses lèvres. A ce moment, je tendais avec la main droite mon bol à ma femme pour le faire remplir de café. J'avais déjà défendu à plusieurs reprises à mon petit neveu de fumer, et, au moment où je vois qu'il va atteindre à la cigarette, je lui donne de ma main gauche, une légère chiquenaude. A ce moment, j'ai senti mon bras droit m'échapper, j'ai dû rapidement déposer la tasse sur la table, parce qu'il m'était impossible de la garder plus longtemps en main. »

Il n'est jamais arrivé au sujet de rester bloqué dans un mouvement près du but ou à mi-chemin d'un but. *Le trouble du mouvement est surtout marqué au moment où il accomplit, en même temps que le premier, un autre mouvement accompagné d'une modification dans son affectivité.* L'exemple de la cigarette est caractéristique. Le second mouvement est alors exécuté. Le premier s'abolit pendant un court espace de temps.

Ces pertes de tonus n'ont jamais entraîné de chute.

En voici un autre exemple :

« J'ai appelé mon chien à plusieurs reprises. Il n'obéit pas, je l'appelle plus fort, en faisant des mouvements giratoires au-dessus de ma tête, avec mon fouet, au même moment, je fléchis à trois ou quatre reprises, à travers les genoux, sans être capable de lutter contre ces échappements. »

3° *Les paralysies paroxystiques préhypniques.* Quand le malade se couche, il est presque toujours sujet à des phénomènes subjectifs qu'il appelle ses « crises internes », et qu'il décrit comme suit : « Je me couche, je ne suis pas encore endormi, ni même somnolent. Cette crise n'apparaît que 5-6 minutes après que je me suis mis au lit, et d'ailleurs pas tous les soirs. Mes oreilles commencent à siffler, je suis aussitôt incapable du moindre mouvement, incapable de parler, ma langue a l'air d'être fixée dans mon arrière-gorge, mon cœur bat violemment, pendant que quelque chose de mal définissable m'envahit. Il arrive que ces battements de cœur soient douloureux. Quelques instants après, j'ai une respiration profonde et tout redevient normal. »

Ces incidents se reproduisent parfois à plusieurs reprises et à la fin seulement, je me rendors. Quand cela m'arrive, je suis très bien éveillé, je ne suis pas oppressé, et je n'ai pas de cauchemars. Je sais exactement où je suis, ce que je ressens, mais j'ai l'impression de mourir, je voudrais crier, prévenir, mais j'en suis incapable. Je suis



incapable de faire de moi-même la respiration profonde, libératrice. Ma femme, qui à ce moment m'a déjà, à ma demande observé, me dit que toute expression de ma figure disparaît et que mes lèvres sont retirées, découvrant mes dents, comme si j'allais sourire. »

4° *Les phénomènes vasomoteurs et végétatifs* : Il se plaint surtout de douleurs précordiales et de palpitations. Cette gêne s'accompagne d'une sensation de battements dans toutes les artères. A ce moment : on sent battre partout son pouls, nous dit sa femme, et il est très rouge. Si, à ce moment, « je me trouve dans une place sombre, ou je je ferme les yeux, je ne vois devant les yeux que des scintillements, des fusées comme d'un feu d'artifice ». Il a toujours trop chaud et transpire abondamment lorsque tout le monde se plaint de froid. Les paroxysmes circulatoires sont parfois remplacés par des crises douloureuses épigastriques avec salivation intense, pendant une à deux minutes, puis il a quelques nausées, parfois un vomissement et tout rentre dans l'ordre.

*Examen objectif* : Habitus du type pycnique.

Pression artérielle 15/10. Réflexe oculo-cardiaque fortement positif.

Pupilles en miosis. Fond d'œil normal. Réflexes pupillaires conservés.

Examen neurologique et auscultatoire négatif.

Métabolisme basal, + 3 %.

Sang : globules rouges, 4.100.000 ; globules blancs, 11.200 ; formule normale ; hémoglobine, 100 % ; Wassermann et Kahn négatifs.

Nous retrouvons, chez ce malade, depuis dix ans, à côté d'attaques narcoleptiques caractéristiques, de courtes pertes du contrôle tonique, des attaques de paralysie préhypnique, des signes de vagotonie.

Ce malade, qui est un excellent observateur, donne de curieuses notations sur les impressions qui accompagnent *les déconnexions de l'initiative volontaire et de la vigilance*. Le sentiment de vibration interne, de choc en retour profond, qui accompagne le paroxysme paralytique du coucher, sont des nuances si particulières qu'on ne les retrouve chez aucune autre catégorie de malades. Dans le cas que voici, *les déconnexions de la vigilance ne s'accompagnent d'aucun phénomène onirique*. D'ailleurs, en général, le sujet rêve rarement et lui-même signale qu'il a une puissance d'évocation visuelle très minime. Cette pauvreté des rêves et de l'imagination se retrouve également chez son père.

Les intermittences de la vigilance et de l'initiative motrice surgissent ici sur un fond de vagotonie rouge.

On ne peut s'empêcher de rapprocher les éclipses cataplecti-

ques de ce malade des pertes de contrôle tonique du père ; la forte teinte vaso-paroxystique du fils de la notion d'une amaurose brutale survenant chez son père, à la suite d'une hémorragie gastrique grave et amorçant une atrophie optique bilatérale, et du glaucome avec atrophie optique bilatérale chez la grand'mère.

*Dans toute cette famille, nous retrouvons une grande fragilité de la régulation vasomotrice, une grande labilité du contrôle tonique et de la vigilance.* Ces dérèglements apparaissent précisément à l'occasion des circonstances physiologiques qui, normalement, exigent une alerte efficace de ces fonctions : émotion, surprise ; période de préparation au sommeil... Le complexe pathologique familial se dissocie au hasard des individus et c'est pourquoi on risque de passer à côté des fils qui relient entre eux ces symptômes. La situation de l'atrophie optique des parents et grands-parents est difficile à définir dans ce complexe : est-elle une résultante des désordres vasomoteurs ? fait-elle partie du groupement morbide ?

Cette dernière hypothèse ne doit pas être formellement rejetée car les perturbations que nous venons d'énumérer ont probablement pour cadre l'étage hypothalamo-tubérien, c'est-à-dire une région juxta-chiasmatique : nous n'en dirons pas plus.

*Ce complexe fait de troubles paroxystiques du tonus d'attitude, de l'innervation volontaire, de la vigilance, de la vasomotricité, mérite d'être signalé.*

### III. Famille V... Hypertonie affective isolée

Le négatif des faits précédents de cataplexie émotionnelle est constitué par des processus affectifs réalisant des renforcements momentanés du tonus musculaire. Suivant certains auteurs, les émotions agréables auraient plus particulièrement ce pouvoir renforçateur.

Nous avons eu l'occasion d'étudier un état analogue, dans une famille que nous suivons depuis quelques années, et de nous assurer que ces renforcements « corresponding opposites » des abolitions précédentes n'ont rien à voir avec un processus pathologique déterminé, mais qu'ils constituent des *modes de réaction individuels*, exceptionnels sans doute, par leur intensité, susceptibles d'être transmis héréditairement.

OBS. I. — Mme V... est âgée de 27 ans, mariée à l'âge de 21 ans elle a trois enfants bien portants. Le mari est bien portant. Pas de mala-

dies graves sauf à l'âge de 18 ans une scarlatine avec néphrite hémorragique. La convalescence fut longue mais le rétablissement complet. Cette malade a été observée par nous à plusieurs reprises car elle présente de temps à autres des états de *dépression anxieuse*, nécessitant un repos prolongé, hors du cadre familial.

Le dernier accouchement fut plus pénible que les deux précédents, la parturiente ayant été affaiblie, vers la fin de sa gravidité, par un régime très sévère nécessité par une poussée de pyélonéphrite. Le premier retour des règles a dégénéré en une véritable hémorragie pour laquelle un gynécologue a été convoqué. C'est celui-ci qui nous a fait appeler auprès d'elle, étant impressionné par la *rigidité* de la malade, avec un pouls ralenti et bien frappé.

L'hémorragie avait cessé depuis une heure quand nous avons examiné la malade. L'aspect était en effet assez impressionnant. La malade était couchée sur le dos, le tronc légèrement incurvé, en arrière. Les jambes étendues, le corps reposant sur le lit, par les fesses et les talons. Les pupilles étaient dilatées, réagissant lentement à la lumière, le réflexe cornéen était conservé.

Température 36°4. Pas de transpiration, ni de moiteur, la chaleur du corps paraissait normale.

A nos injonctions, nous voyons que la malade entend ; les globes oculaires se tournent vers nous. Pas de mouvement mimique. Pas de réponse.

Sensibilité à la piqûre conservée : au lieu de retirer la jambe, elle la raidit et le masque se crispe légèrement.

Pas de signes de Babinski. Réflexes tendineux nets. Pas de clonus du pied. Persistance des attitudes : sans roue dentée, ni exaltation des réflexes de posture. Quand on recherche le réflexe de posture par la manœuvre classique, au niveau du jambier antérieur, on voit celui-ci demeurer en tension pendant un certain temps puis se relâcher brusquement. Ce même relâchement brusque s'observe au niveau des segments des membres auxquels on impose une attitude anormale. Nous avons revu la malade une seconde fois six heures plus tard. La situation n'avait pas changé : l'hémorragie était arrêtée, le pouls demeurait à 68-70. Nous avons pratiqué alors, dans un but suggestif, une injection intramusculaire de 3 cc. d'éther sulfurique. Cette injection fort douloureuse était bien ressentie. Une heure après la malade put bouger. Le lendemain tout avait disparu. Elle avait conservé un souvenir exact de tous les événements déroulés pendant son immobilisation, mais ne pouvait pas prononcer un mot malgré ses efforts, même pas crier au moment de l'injection d'éther.

Elle reprochait au voisinage et à nous-même de nous être inquiétés de cet état de raideur qu'elle avait déjà ressenti deux fois avant, une fois pendant la nuit et une autre fois pendant le jour, mais pas aussi longtemps. Elle nous a assuré que sa mère avait présenté, à l'occasion d'un accouchement pénible, le même *accès de rigidité* et que les

médecins consultés avaient craint une infection tétanique. La rigidité de la mère dura une journée entière. Ces faits n'ont pu être contrôlés. La mère est morte à 54 ans de cancer gastrique.

Notre malade avait été fort impressionnée par l'hémorragie utérine et s'était affolée.

Malade de très belle taille, pigmentée, cheveux noirs, règles régulières plutôt abondantes, type longiligne, aspect un peu asthénique.

Sommet gauche submat. Lésions de fibrose apicale ancienne.

Cœur normal. Pression artérielle, 14,5/10. Tendance à l'arythmie cardiaque, surtout après énervement et à l'occasion d'aérophagie.

Métabolisme basal : + 9 %.

Glycémie : 1,08. Cholestérine : 1,95. Urée-sang : 0,30.

Wassermann négatif.

Examen hématologique normal.

Epreuve de glycosurie alimentaire négative.

OBS. II. — Jean V..., 8 ans, est un enfant assez chétif, il a présenté pendant deux ans des poussées fébriles attribuées à une adénopathie trachéobronchique suspecte. Il a été élevé au bord de la mer, par sa tante paternelle. Cet enfant a contracté, à l'âge de 6 ans 1/2 une rougeole banale et a présenté à l'occasion d'une poussée fébrile assez élevée, au moment de l'éruption (40°3), une crise de rigidité qui a duré une vingtaine de minutes et qui s'est répétée le lendemain pendant une dizaine de minutes au moment d'un nouveau clocher thermique (39°7).

Le médecin traitant n'a rien remarqué de particulier avant et après l'accès. La conscience était parfaitement conservée. Cet enfant ne présente aucune manifestation neurologique, ni névropathique, par ailleurs.

Type asthénique tout à fait net. Adénopathie trachéobronchique.

Cœur et pression artérielle normaux. Métabolisme basal : + 4 %.

Glycémie : 0,71 ; cholestérine : 1,30 ; leucocytose : 9.100 ; globules rouges : 4.650.000.

Formule à déviation lymphocytaire : 41 %.

Epreuve de glycosurie alimentaire négative.

Pirquet : ++.

OBS. III. — Hélène V..., 6 ans.

Enfant bien portante, mais difficile, plutôt adipeuse, faisant facilement des eczémas et des manifestations d'acné sur fond séborrhéique.

Varicelle à l'âge de 3 ans 1/2 sans complication.

La mère nous a renseigné spontanément que, de temps à autre, à l'occasion d'une grande joie, l'enfant se dresse sur la pointe des pieds, qu'elle se raidit, que le tronc se renverse en arrière, qu'elle écarte les doigts et tombe comme une statue. Cette chute est de courte durée et, le plus souvent, elle se ramasse avant d'être vraiment par terre. Elle ne se blesse jamais.



Cette raideur ne s'accompagne d'aucune morsure de la langue, ni de pertes d'urines ou d'inconscience.

Nous n'avons jamais vu ces accès de rigidité, mais un jour, en l'examinant, contre son gré, elle a fait devant nous une vraie crise de colère pathologique suivie de chute avec rigidité persistante pendant une quinzaine de secondes.

Son attitude alors rappelle exactement celle de la mère ; elle n'en diffère que sur un seul point, c'est qu'il est impossible d'attirer l'attention de l'enfant et que les réflexes tendineux sont beaucoup plus exaltés. Elle présente aussi la persistance des attitudes. Une injection de caféine (nous n'avions pas d'éther sous la main) a mis fin à l'état de rigidité et l'enfant s'est mise à pleurer. Conservation des souvenirs, pas de perte d'urine pendant cet accès.

L'examen neurologique et général ne décèle aucun trouble.

Type adipeux, enfant pâle, cheveux très fins, tendance à la bouffissure palpébrale. Abdomen très développé. Chapelet costal rachitique.

Auscultation négative pour le cœur et les poumons.

Métabolisme basal : — 7 % (— 8 %).

Glycémie : 0,81 ; cholestérinémie : 1 gr. 97 ; urée-sang : 0,21.

De temps à autre, urobiline en assez forte quantité dans les urines. Vomit facilement. Très sensible au vertige. Epreuve de glycosurie alimentaire positive.

Cuti-réaction négative.

Nous trouvons donc, chez la mère et deux enfants, des crises de catalepsie survenant à l'occasion d'une émotion (frayeur, colère), caractérisées par un renforcement anormal du tonus, aboutissant au maintien des attitudes, avec mydriase et sans troubles des réflexes tendineux ou cutanés. La grand'mère aurait présenté, dans les mêmes circonstances que sa fille, un accès semblable. L'enfant présente, en dehors de ce seul accès que nous avons vu, des renforcements très courts, avec chute consécutive, mais la reprise du contrôle est tellement rapide qu'il parvient généralement à se ramasser avant de s'être étalé sur le sol. Nous trouvons donc, chez ces malades, tous les types intermédiaires entre la crise cataleptique de longue durée et les éclipses cataleptiques tellement brèves que, si l'enfant avant de tomber ne se dressait pas sur la pointe des pieds et le corps en arrière, la phase rigide pourrait passer inaperçue.

Dans l'observation 3 de la famille R..., nous avons noté l'existence d'un paroxysme de rigidité analogue, immédiatement avant une chute cataplectique.

L'absence des autres signes de la série épileptique, de tout autre incident convulsif ou équivalent, permet d'éliminer cette

étiologie. Il faut admettre que nous sommes en présence de phénomènes cataleptiques isolés.

On voit aussitôt, en parcourant ces trois observations, que ces incidents ne sont liés à aucune autre modification endocrinienne ou trophique, et qu'ils s'observent chez des types morphologiquement aussi différents que la mère et la fille. *Contrairement aux observations de cataplexie, le trouble neurologique ne paraît pas lié, dans la famille qui nous occupe, à une constitution somatique constante* et ce fait négatif nous a conduit à chercher, si on ne trouve pas dans les collatéraux, d'autres indices qui nous mettent sur la trace du capital héréditaire auquel nous pouvions rattacher ces paroxysmes rigides.

Dans la première génération, nous retrouvons du côté maternel une tante qui a présenté pendant toute sa vie des troubles mentaux graves ; morte à 41 ans à Gheel. Le premier trouble avait apparu à l'âge de 20 ans, et était caractérisé par un délire religieux.

La grand'mère de notre malade était une originale, assez misanthrope, très dépensière et avait fait, vers la quarantaine, un épisode dépressif. Sur les collatéraux paternels, pas de renseignements. Son grand-père (I/3) était un homme fort cultivé, de caractère apparemment normal, mais avait eu, à l'âge de 37 ans, une tuberculose osseuse fistulisée de la hanche.

Dans la deuxième génération, nous trouvons une femme atteinte de démence précoce, une femme (II/3) du côté maternel atteinte de troubles mentaux légers (schizophrénie ?). Du côté paternel, dans les descendants collatéraux, un tuberculeux, morphinomane et ayant mené une existence de reclus, mort à 38 ans (II/7).

Dans la troisième génération, un enfant nettement arriéré avec double pied-bot (III/2).

Un autre enfant du côté paternel, qui a fait, à l'occasion d'une grippe banale, des manifestations encéphalitiques graves, avec séquelles (III/2).

L'enquête généalogique révèle, du côté paternel, une imprégnation tuberculeuse qu'on peut poursuivre dans les collatéraux ; du côté maternel, plusieurs individus avec des troubles mentaux graves, qui semblent devoir être rattachés plutôt au groupe de la schizophrénie. On se demande si les troubles psychiques discrets que nous avons observés chez la mère (obs. 1) à deux ou trois reprises, ne sont pas des manifestations épisodiques de la même origine.

La littérature neurologique récente apporte quelques faits qui

s'inscrivent dans le même groupe que celui de la famille V... que nous venons de rapporter.

*L'hypertonie affective paroxystique* a été très complètement étudiée au point de vue clinique et physiologique par Max Levin (18) et il suffira de se reporter à son travail pour retrouver les nombreux exemples de cette réaction observés chez des animaux inférieurs (chèvre, mouton, cheval, perroquet, cobaye...) et la littérature complète qui les concerne. Il rassemble également une série d'exemples tirés de la littérature, où ce paroxysme hypertonique a apparu, chez l'homme, à la suite d'une émotion, sans perte de connaissance, au cours d'états pathologiques fort différents : myotonie, paraplégie spasmodique, épilepsie larvée ou sous-corticale, lésions striées, parkinsonisme, etc... Ce groupe de faits est fort différent de ceux que nous rapportons plus haut et aussi de ceux que décrit Max Levin (18) dans la seconde partie de son travail. Il *s'agit ici de paroxysmes toniques constituant somme toute des fragments d'automatismes moteurs complexes, qui ne se présentent pas isolés dans leur évolution*. Nous reconnaissons volontiers que la distinction sémiologique de ces hypertonies paroxystiques secondaires et des autres, qu'on pourrait appeler essentielles, est impossible, mais ce qui sépare précisément celles-ci de celles-là, c'est qu'elles ne sont accompagnées d'aucun trouble moteur neurologique tels qu'un équivalent épileptique, un état rigide permanent, une paraplégie spasmodique, etc. Cependant, l'observation 1 de Lévin est entièrement de l'ordre de nos cas personnels. Cette malade présenta, de 11 à 17 ans, de nombreuses attaques où elle était incapable de bouger, avec une sensation de raideur intense, attaques apparaissant à la suite de honte, d'angoisse, de rancune, ou d'émotion pénible. Après 17 ans, elle ne présente plus qu'un seul accès (à 43 ans). Elle ne perd conscience qu'une seule fois. L'examen neurologique est négatif, l'examen somatique, à 59 ans, ne montre qu'une artériosclérose modérée.

La troisième observation de Levin concerne une jeune femme de 21 ans présentant, depuis l'âge de 18 ans, un tremblement des membres, persistant même pendant le sommeil. A l'âge de 20 ans, elle présenta des attaques de cataplexie et d'hypertonie affective ; à l'âge de 21 ans, les attaques d'hypertonie se produisirent à l'occasion d'une frayeur, d'une surprise, d'une angoisse, parfois même en se réveillant d'un mauvais rêve. Dans aucune de ces attaques, la patiente ne perd conscience, pas de pertes d'urines, ni de chutes. Elle présente, en même temps, de

véritables cataplexies au rire, à la frayeur, au bruit, comme dans la famille R...

Dans aucun des deux cas de Levin, nous ne trouvons de renseignements sur une incidence familiale éventuelle.

*L'état cataleptique ne s'accompagne pas, dans nos observations, de révulsion des globes oculaires, de miosis, ni d'un déplacement de l'équilibre végétatif dans le sens vagotonique. Il se différencie donc, par ses symptômes d'accompagnement, des états cataplectiques et, cependant, tous les deux s'installent avec la brusquerie d'un état réflexe.*

\*  
\*\*

*Les relations de la qualité des modifications toniques avec la qualité de l'émotion qui les provoque ont été prises en considération par bon nombre d'auteurs : il est convenu d'admettre que les cataplexies sont le plus souvent liées à des émotions violentes et agréables, telles que le rire (gélolepsie) et l'orgasme (orgasmolepsie) que les attaques d'hypertonie ou de catalepsie sont le plus souvent provoquées par des émotions pénibles. Cette règle n'a rien d'absolu comme le montrent les observations de Ziegler (17), de Keller (18), et les nôtres, mais elles semblent corroborées par les recherches expérimentales faites par Pas-kind (19) sur le tonus normal, au cours du rire. Que d'autres facteurs comme l'effort musculaire (Scharfetter et Seeger), l'hémorragie, la fièvre, puissent intervenir dans leur genèse, nos observations semblent le démontrer.*

Quoi qu'il en soit, *le mécanisme du renforcement ou de l'abolition du tonus est purement réflexe.* Chez l'individu normal, ces variations sont à peine perceptibles : elles sont inhibées très probablement par les centres les plus élevés. Dès lors, on doit se demander comment ce mécanisme affectivo-tonique en arrive à être décontrôlé. Deux hypothèses sont possibles : on peut admettre avec Levin une exaltation de l'irritabilité au niveau même de l'art réflexe, comparable à l'exaltation de l'excitabilité des arcs réflexes par la strychnine, ou bien une diminution du pouvoir de freinage des centres supérieurs. Notre ignorance sur le trajet exact de cet art réflexe doit rendre toute interprétation particulièrement prudente, cependant il semble bien qu'entre autres voies, cet arc emprunte l'appareil thalamostrié. Sa mise en circuit à l'occasion d'émotions, la forme assez souvent extrapyramidale de sa formule motrice autorisent cette hypothèse.

Cette interprétation peut être étendue, sans forcer les faits, aux



observations familiales que nous venons de décrire. Dans la première, nous sommes en présence d'un syndrome endocrino-végétatif familial et on croit que l'appareil endocrino-végétatif a une action régulatrice sur l'activité des centres cérébraux supérieurs. Dans la troisième, nous trouvons un terrain psychopathique où dominent les tendances à la dissociation mentale. Il est impossible de dire si les facteurs constitutionnels interviennent, au titre d'un phénomène toxique augmentant l'excitabilité de l'arc réflexe, ou, comme cause d'une insuffisance dans l'inhibition corticale.

### CONCLUSIONS

1. Dans la famille R..., nous trouvons associés, sous une forme hérédofamiliale dominante, la triade suivante : cataracte de Coppock, syndrome hypogénito-thyroïdien, vagotonie et attaques de cataplexie. Ce complexe se retrouve chez quatre membres de la souche. Nous discutons les rapports du phénomène tonique avec le syndrome endocrinien.

2. Dans la famille M... nous surprenons, sous une forme héréditaire, le complexe : cataplexie-narcolepsie, associé deux fois à des atrophies optiques bilatérales. On ne peut pas décèler dans ces cas de constitution endocrino-végétative constante ; mais le malade le mieux étudié se présentait également comme un vagotonique.

3. Dans une famille V... nous trouvons, sous une forme hérédofamiliale dominante, des attaques de cataplexie ou d'hypertonie affective. Cette souche a par ailleurs une teinte schizophrénique non douteuse. On ne peut pas décèler, chez les sujets atteints du trouble tonique, une constitution endocrinienne ou végétative constante. Nous discutons les rapports de ces cas avec les observations connues dans la littérature.

4. Les paroxysmes de renforcement ou d'abolition toniques sont le plus souvent liés à des émotions, mais cette règle n'est pas absolue. Quel que soit le mécanisme physiopathologique en cause, dans ces dénivellations d'origine affective, les paroxysmes constituent des symptômes et non une maladie : ils constituent un *mode de réaction motrice* que l'organisme met en jeu dans des circonstances très variées et dont les caractères héréditaire et familial mériteraient d'être recherchés plus souvent : ils sont distincts des réactions épileptiques et hystériques.

## BIBLIOGRAPHIE

1. LHERMITTE. — *Rapport à la VIII<sup>e</sup> Réunion Neurol. Intern.*, 1927.
  2. TOURNAY. — *Sémiologie du sommeil*, Paris, Doin, 1934.
  3. THIELE et BERNHARDT. — *Beiträge z. Kenntnis der Narcolepsie*, Berlin, Karger, 1932.
  4. M. LEVIN. — *J. Neurol. Psychopath.*, 14, 1, 1933.
  5. S. A. K. WILSON. — *Brain*, 51, 63, 1928.
  6. CLAUDE et BARUK. — *Encéphale*, 23 mai 1928.
  7. BARUK. — *Rev. Neurol.*, n° 6, 1934 ; *Ann. Méd.-Psych.*, n° 2, 1933.
  8. REDLICH. — *Z. f. Neurol.*, 136, 128, 1931.
  9. MUNZER. — *Monatschr. f. Psych. u. Neurol.*, 63, 97, 1927.
  10. VILLAYERDE. — *Arch. f. Psych.*, 86, 129, 1928.
  11. WILSON. — *Brain*, 51, 63, 1928.
  12. SCHARFETTER et SEEGER. — *Z. Neurol.*, 153, 37, 1935.
  13. KÄHLER. — *Jhrb. Psych.*, 41, 1, 1922.
  14. SPERLING et WIMMER. — *D. Z. f. Nervenheilk.*, 102, 252, 1928.
  15. WAGNER. — *Journ. Nerv. Ment. Dis.*, 72, 405, 1930.
  16. LHERMITTE. — *Le sommeil*, Paris, 1931.
  17. J. BAUER. — *Wiener Med. Wch.*, 237, 1929.
  18. MAX LEVIN. — *Arch. of Neurol. a. Psych.*, 32, 1286, 1934.
  19. KELLER. — *D. Z. f. Nervenheilk.*, 112, 1373, 1932.
  20. ZIEGLER. — *M. Clin. Nrth. Amer.*, 13, 1373, 1930.
  21. PASKIND. — *Arch. of Neurol. a. Psych.*, 28, 623, 1932.
  22. WENDEROWIC. — *Encéphale*, 29, 474, 1934.
  23. NETTLESHIP. — *Transact. Ophth. U. K.*, 1906.
-

**NOUVELLES RECHERCHES**  
**SUR L'ACIDE FORMIQUE**  
**DANS LE LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN (1)**  
*(d'après la méthode de Toye et Jaulmes)*

PAR

J. HAMEL, R. BUISSON et M. CHAVAROT

I

Depuis l'année dernière, à la suite des travaux de Toye, les psychiatres ont appris à connaître une notion nouvelle : la présence fréquente d'acide formique dans le liquide céphalo-rachidien de déments précoces hébéphréno-catatoniques.

Cet auteur consacre sa thèse à l'étiologie de la démence précoce et, considérant plus spécialement les rapports de cette affection avec la tuberculose, il déclare :

Tout un faisceau d'arguments milite en faveur d'une conception toxique, abiotrophique de la démence précoce, qui n'est pas un syndrome tuberculeux vrai, mais un syndrome paratuberculeux (Pagès), c'est-à-dire caractérisé par l'exagération des processus de défense contre l'infection tuberculeuse, grâce à l'intervention d'agents chimiques antituberculeux.

La démence précoce serait donc la conséquence d'une intoxication de l'organisme.

Les travaux de l'école de Montpellier, depuis longtemps déjà, avaient signalé l'existence chez les déments précoces d'un processus dégénératif qui serait peut-être à la base des troubles mentaux et que de nombreux auteurs français et belges ont vérifié depuis. Or, ce processus dégénératif a été réalisé expéri-

(1) Travail du laboratoire de l'Asile de Maréville.

mentalement chez le chien par Grinfelt et Mlle Simon à l'aide de l'acide formique. L'action de celui-ci sur le système nerveux se traduisait par l'atrophie neuroépithéliale du cortex, la chromatolyse cellulaire, en particulier des grandes cellules pyramidales et la dégénérescence muqueuse de la névroglie interfasciculaire : lésions anatomo-pathologiques que la plupart des auteurs admettent aujourd'hui comme fréquentes dans la démence précoce.

C'est sur cette hypothèse que Toye développe sa thèse, qu'il complète par un récent travail expérimental. Ses conclusions sont les suivantes :

1° L'acide formique constitue une étape dans le métabolisme des graisses, des hydrates de carbone et d'un certain nombre d'amino-acides (l'histamine en particulier). Il existe dans le sang et dans les urines normales.

2° Expérimentalement, l'acide formique diminue le pouvoir pathogène du Bacille de Koch et de sa toxine.

3° La neurotoxicité de l'acide formique crée la dégénérescence muqueuse de la névroglie. L'animal intoxiqué présente de la catalepsie et un comportement spécial.

4° L'acide formique n'existe pas dans tous les liquides céphalo-rachidiens, je ne l'ai jamais trouvé dans les liquides céphalo-rachidiens d'idiots et de paralytiques généraux.

Je l'ai trouvé 18 fois dans 34 liquides céphalo-rachidiens de déments précoces, soit dans plus de 50 % des cas.

Si l'on rapproche des publications de Toye la thèse de Depoire, laquelle démontre que l'acide oxalique est également un principe antituberculeux, on cède volontiers à la tentation de voir l'acide formique succéder dans l'organisme par simple décarboxylation à l'acide oxalique qui, lui aussi, est un produit de désintégration alimentaire et tissulaire. Tous deux, réducteurs, peuvent probablement s'opposer à la pullulation du germe tuberculeux, qui appelle au contraire l'oxydation.

Lorin a signalé l'acide formique comme terme intermédiaire de la décomposition par la chaleur de l'acide oxalique en  $\text{CO}$ ,  $\text{CO}_2$  et  $\text{H}_2\text{O}$ .

Carles l'a reproduit par chauffage à  $100^\circ$  à l'aide d'une solution concentrée d'acide oxalique.

Corvisart a mis en évidence le passage d'un acide à l'autre, l'acide formique naissant d'une solution oxalique étendue (à la lumière, en présence de sels d'amyle).

L'organisme, les plexus choroïdes possèdent-ils, chez le



dément précoce, le catalyseur nécessaire à cette transformation ? Ou bien une toxine tuberculeuse permet-elle la production d'acide formique à partir de l'acide oxalique et d'un alcool polyatomique venu des glycérides, dont est particulièrement riche le système nerveux ?

Ce problème de chimie biologique reste entier, dit Depoire.

Du point de vue psychiatrique, faut-il faire un parallèle entre la transformation acide oxalique-acide formique et la transition clinique de la psychasthénie oxalémique tuberculeuse à la démence précoce ?

Les auteurs montpelliérains en semblent convaincus et les travaux des élèves que nous avons signalés reflètent les conceptions de leurs maîtres, le doyen Euzière et le Professeur Pagès, père des syndromes paratuberculeux. Quoi qu'il en soit, Toye, qui s'est spécialement attaché à l'acide formique, a eu le mérite, après avoir essayé deux méthodes discutables, d'avoir mis au point avec Jaulmes une technique sûre de recherches, dérivée de celle de Lafargue.

La lecture du travail de Toye, nous ayant vivement intéressés, nous avons eu l'idée d'expérimenter sa technique. Puis, remarquant que le matériel clinique qu'il avait utilisé n'était défini que par le diagnostic de l'affection mentale : démence précoce (limitée à l'hébéphrénocatatonie), nous nous sommes demandé s'il n'y aurait pas un moyen, en choisissant nos sujets d'expérience, d'établir des rapports plus précis entre la notion de tuberculose d'une part, celle de démence précoce d'autre part et la présence d'acide formique dans le liquide céphalo-rachidien. C'est pourquoi nous n'avons pas pris nos malades au hasard. En premier lieu, nous les avons classés en déments précoces tuberculeux et non tuberculeux, puis, pour faire la contre partie, en non déments précoces tuberculeux et non déments précoces non tuberculeux.

Mais au cours de nos recherches, nous nous sommes rendu compte que cette discrimination en 4 catégories n'était pas suffisante et qu'il fallait encore tenir compte des antécédents héréditaires *bacillaires*. C'est pourquoi nous avons classé définitivement nos malades en 8 catégories : 4 pour les déments précoces, 4 pour les non déments précoces.

Ces 8 catégories sans doute arbitraires et non exemptes de critiques sont les suivantes :

1° Des déments précoces tuberculeux évolutifs à signes variables.

2° Des déments précoces non évolutifs avec antécédents bacil-

laïres personnels visibles à la radio, avec ou sans antécédents familiaux.

3° Des déments précoces sans signes ni antécédents personnels avec antécédents familiaux tuberculeux.

4° Des déments précoces sans signes ni antécédents personnels *connus*, ni antécédents familiaux connus.

5° Des non déments précoces tuberculeux évolutifs.

6° Des non déments précoces avec antécédents bacillaires personnels.

7° Des non déments précoces sans signes ni antécédents personnels, mais avec hérédité bacillaire.

8° Des non déments précoces non tuberculeux ni hérédo-tuberculeux.

N. B. — Le diagnostic démence précoce est pris dans un sens beaucoup plus large que ne l'emploie Töye et comprend les démences paranoïdes.

Notre expérimentation a porté sur 44 cas. Nous aurions désiré avoir un plus grand nombre de malades, mais il n'est pas toujours facile de soustraire les 20 cc. de liquide céphalo-rachidien nécessaires, à des déments précoces le plus souvent agités et négativistes, que l'on doit préalablement conduire au laboratoire, souvent fort éloigné des quartiers, si l'on veut effectuer une réaction dans les meilleures conditions possibles.

Nous avons utilisé la dernière méthode de Töye. Pour chaque malade, nous avons recueilli 20 cc. de liquide céphalo-rachidien dans des tubes stériles préalablement jaugés. Pour éviter la naissance d'acide formique à partir du glucose du liquide céphalo-rachidien sous l'action de ferments, le tube est porté au bain-marie bouillant, pendant les 30 minutes qui suivent la ponction lombaire, effectuée sur le lit d'examen du laboratoire.

L'isolement de l'acide formique se fait par déplacement avec l'acide tartrique et distillation sous le vide à la plus basse température possible jusqu'à siccité. (On ne chauffe au bain-marie qu'à la fin). Le distillat, recueilli dans 5 cc. de soude N/50, est évaporé à sec au bain-marie. Sur le résidu, repris par l'eau, et acidifié par une goutte d'acide acétique à 1/10, on effectue la réaction classique de Deniges pour la détection de l'acide formique.

Au résidu acidifié, amené à 2 ou 3 cc., on ajoute 1 cc. de solution saturée d'acétate de Na et 1 cc. de bichlorure de mercure à 1/100. On place le tout dans un tube à centrifuger cône ou dans un tube à hémolyse, que l'on porte au bain-marie bouillant pendant 10 minutes.

Nous avons laissé refroidir les tubes à la température du laboratoire.

L'acide formique par réduction, transforme le sublimé en protochlorure insoluble, dont les cristaux typiques du système quadratique se rassemblent au fond du tube.

## II

Nous ferons un bref résumé de chaque observation avec tous les renseignements que nous avons pu obtenir sur les antécédents tuberculeux, puis dans la troisième partie nous essaierons d'en dégager les enseignements que l'on peut en déduire.

### *Première catégorie*

#### DÉMENTS PRÉCOCES TUBERCULEUX ÉVOLUTIFS A SIGNES VARIABLES

OBSERVATION I. — Plo..., 34 ans, dément précoce à type hébéphrénique.

A. H. Pas d'antécédents familiaux.

A. P. Bronchites fréquentes et tumeur blanche du coude.

A l'auscultation : à droite murmure diminué.

Radio : opacité de tout le champ pulmonaire droit avec attraction du cœur.

Vernes : 13.

Acide formique : pas de cristaux du type. Réaction négative (—).

OBSERVATION II. — Hirsch..., 16 ans, dément précoce à type hébéphrénique.

A. H. Antécédents familiaux inconnus.

A. P. Fébricule marqué pendant 2 mois, néanmoins rien à l'auscultation.

Radio : asymétrie des deux sommets droit > gauche.

Vernes : 4.

Acide formique : pas de cristaux du type. Réaction négative (—).

OBSERVATION III. — No..., 18 ans, dément précoce à type « schizose ».

A. H. Père mort de tuberculose pulmonaire.

A. C. Pas d'antécédents collatéraux.

A. P. Quelques bronchites.

Auscultation : quelques frottements au sommet droit.

Radio : voile homogène de l'apex droit.

Vernes : 7.

Acide formique : Croix de Malte mal formées. Réaction positive faible (+).

OBSERVATION IV. — Christ..., 28 ans, dément précoce à type hébéphrénique.

A. H. Rien de connu.

A. C. Une sœur morte à 6 ans de méningite bacillaire.

A. P. Fébricule.

Auscultation : rien à signaler.

Radio : ombres hilaires augmentées, par ailleurs aspect normal.

Vernes : 5 puis 8.

Acide formique : nombreuses petites croix à 4 branches. Réaction positive (+).

OBSERVATION V. — Simon..., 28 ans, dément précoce à type hébéphrénique.

A. H. Mère débile.

A. C. Une sœur internée.

A. P. Fébricule irréductible.

Auscultation : respiration rude aux deux sommets.

Radio : rien d'évolutif, nodule opaque dans le sinus costo-diaphragmatique gauche.

Vernes : 7.

Acide formique : Croix à quatre branches simples. Quelques croix à branches ramifiées. Rares croix de Malte. Réaction positive (+++).

OBSERVATION VI. — Lim..., 34 ans, dément précoce à type confusion mentale chronique.

A. H. Grand'mère déprimée neurasthénique.

A. C. Un frère mort de tuberculose pulmonaire. Un frère mort de tuberculose intestinale.

A. P. Le malade présente actuellement de la tuberculose intestinale.

Auscultation : négative.

Radio : diminution de la transparence des deux champs pulmonaires surtout à droite.

Acide formique : Croix à quatre branches simples. Quelques croix à branches ramifiées. Rares croix mal formées. Réaction positive (++) .

### *Deuxième catégorie*

#### DÉMENTS PRÉCOCES NON ÉVOLUTIFS

AVEC ANTÉCÉDENTS BACILLAIRES PERSONNELS VISIBLES A LA RADIO,

AVEC OU SANS ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

OBSERVATION VII. — Ger..., femme Pr..., 35 ans. Démence précoce type confusion mentale chronique.

A. H. Rien à signaler.

A. P. Sueurs et fébricule.

Auscultation : négative, mais la malade ne respire pas.



Radio : opacité non homogène de l'apex droit.

Vernes : 8.

Acide formique : pas de cristaux du type. Réaction négative (—).

OBSERVATION VIII. — Bro..., femme Cle..., 29 ans. Démence précoce à type hébéphrénique.

A. H. Rien de connu.

A. P. et auscultation : rien à signaler.

Radio : voile inter-cléido-hilaire s'éclairant à la toux.

Vernes : 17.

Acide formique : petites croix à quatre branches. Réaction positive (+).

OBSERVATION IX. — Lit... Georgette, 20 ans. Démence précoce à type catatonique.

A. H. Mère internée atteinte de manie chronique.

A. C. Frères et sœurs suspects de bacillose.

A. P. et auscultation : rien à signaler.

Radio : très peu de signes, hile chargé.

Vernes : 7.

Acide formique : petites croix à 4 branches. Réaction (+).

OBSERVATION X. — Lambert, femme Marc..., 38 ans. Démence précoce à type paranoïde.

A. H. Père mort poitrinaire.

A. P. 1 enfant mort de méningite à 6 mois.

Auscultation : rien à signaler.

Radio : à droite, petit nodule opaque parahilaire.

Vernes : 25.

Acide formique : croix nombreuses à 4 branches moyennement ramifiées. Réaction positive (+++).

OBSERVATION XI. — Boul..., femme Pana..., 31 ans. Démence précoce à type hébéphrénique.

A. H. Mère internée à l'Asile de C.

A. C. 1 sœur morte de tuberculose.

A. P. et auscultation : rien à signaler.

Radio : voile homogène de l'apex droit s'éclairant à la toux.

Vernes : 28.

Acide formique : croix à 4 branches ramifiées. Quelques croix de Malte. Réaction positive (+++).

OBSERVATION XII. — Tiss... Andrée, 30 ans. Démence précoce à type hébéphrénique.

A. H. Mère atteinte de folie intermittente.

A. C. et H. P. et auscultation : rien à signaler.

Radio : à gauche, diminution de transparence du champ droit.

Vernes : 12. Bacille de Koch : négatif.

Acide formique : nombreuses croix à 4 branches ramifiées. Réaction positive (++++).

### *Troisième catégorie*

#### DÉMENTS PRÉCOCES SANS SIGNES NI ANTÉCÉDENTS PERSONNELS AVEC ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

OBSERVATION XIII. — Schneid..., 34 ans. Démence précoce à type hétéphrénique.

A. H. Rien à signaler.

A. C. 1 sœur suspecte de bacillose.

A. P. et auscultation : rien à signaler.

Radio : aspect normal.

Acide formique : pas de cristaux. Réaction négative (—).

OBSERVATION XIV. — Pid... Marie, 29 ans. Démence précoce à type hétéphrénique.

A. H. Père mort de tuberculose pulmonaire. Mère morte de néphrite bacillaire.

A. C., A. P. et auscultation : rien à signaler.

Radio : Aspect normal.

Acide formique : pas de cristaux. Réaction négative (—).

OBSERVATION XV. — Chabr... Marie, 33 ans. Démence précoce à type hétéphréno-catatonique.

A. H. Père mort à 29 ans (alcoolique ?).

A. C. 1 sœur faible. 1 frère mort de méningite à 17 mois.

A. P. auscultation et radio : rien à signaler.

Acide formique : pas de cristaux. Réaction négative (—).

OBSERVATION XVI. — Laheur... Lu..., 40 ans. Démence précoce à type hétéphrénique.

A. H. Inconnus (enfant naturelle).

A. C. 2 sœurs atteintes de démence précoce dont l'une est décédée (peut-être de bacille de Koch).

A. P. auscultation et radio : rien à signaler.

Acide formique : pas de cristaux. Réaction négative (—).

OBSERVATION XVII. — Brió... Marie-Louise, 42 ans. Démence précoce à type paranoïde.

A. H. Tante déprimée.

Mère morte de tuberculose à 48 ans.

A. C. 2 frères et sœurs poitrinaires.

A. P., auscultation et radio : rien à signaler.

Acide formique : très petites croix mal formées. Réaction positive faible ( $\pm$ ).

OBSERVATION XVIII. — Guy... femme March..., 50 ans. Démence précoce à type paranoïde.

A. H. Mère morte de broncho-pneumonie.

A. C. 1 frère et 1 sœur morts de bacille de Koch.

A. P., auscultation et radio : rien à signaler.

Vernes : 13.

Acide formique : cristaux à 4 branches assez ramifiées. Réaction positive (++).

OBSERVATION XIX. — Udre..., femme Dub... Démence précoce à type hébéphrénique.

A. H. Grand'mère démente sénile ; 1 frère interné persécuté. Rien d'autre à signaler.

A. C. 1 frère mort de bacillose. 1 frère lésion au poulmon.

A. P., auscultation et radio : rien à signaler.

Acide formique : croix à 4 branches. Croix de Malte. Réaction positive (+++).

OBSERVATION XX. — Thom... Marie. Démence précoce à type hébéphrénique.

A. H. Grand'mère morte de tuberculose.

A. C. 1 sœur bacillaire internée, démence précoce.

A. P., auscultation et radio : rien à signaler.

Vernes : 9.

Acide formique : nombreuses croix simples et à 4 branches ramifiées, très abondantes. Réaction positive (+++).

#### *Quatrième catégorie*

DÉMENTS PRÉCOCES SANS SIGNES NI ANTÉCÉDENTS PERSONNELS CONNUS  
NI ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX CONNUS

OBSERVATION XXI. — Math... Marie-Louise, 30 ans. Démence précoce à type hébéphrénique.

A. H., A. C., A. P. Auscultation. Radio : rien à signaler.

Vernes : 29.

Acide formique : très petites croix à quatre branches mal cristallisées, très irrégulières. Réaction positive faible ( $\pm$ ).

OBSERVATION XXII. — Masse..., 22 ans. Démence précoce à type hébéphrénique.

A. H., A. C., A. P. Auscultation et radio : rien à signaler.

Vernes : 7.

Acide formique : très petites croix à quatre branches. Cristallisation rare mais très pure. Réaction positive (+).

OBSERVATION XXIII. — Cham..., 24 ans. Démence précoce au début à type dépression mélancolique.

A. H. et Coll. Rien de connu.

A. P. Grosse bronchite vers 22 ans.

Auscultation et radio : normal.

Vernes : 8.

Acide formique : croix à quatre branches peu ramifiées, extrêmement nombreuses, quelques croix de Malte. Réaction positive (+++).

OBSERVATION XXIV. — Odd..., 38 ans. Démence précoce à type hébéphréno-catatonique.

Rien à signaler dans les antécédents, sauf quelques bronchites dans l'enfance.

Radio : normal.

Acide formique : quelques croix à quatre branches ramifiées. Petites croix de Malte. Réaction positive (++++).

OBSERVATION XXV. — Zambra..., 21 ans. Démence précoce à type hébéphrénique.

A. H., A. C., A. P. Rien à signaler.

Radio : aspect normal, mais hémidiaphragme droit onduleux.

Acide formique : croix moyennes à quatre branches et quelques autres types de croix. Réaction positive (+++).

OBSERVATION XXVI. — Pier... Louis, 23 ans. Démence précoce à type confusion mentale.

A. C. Une sœur internée (imbécillité).

Rien d'autre à signaler.

Acide formique : très belles croix très abondantes. Réaction positive (+++++).

OBSERVATION XXVII. — Seresk..., femme Polaws..., 45 ans. Démence précoce à forme paranoïde.

Rien à signaler, sauf un internement antérieur.

Radio : normale.

Vernes : 10.

Acide formique : mélange de cristaux typiques à quatre branches très ramifiées. Réaction positive (+++++).

OBSERVATION XXVIII. — Vi..., femme Tourd..., 29 ans. Démence précoce à forme paranoïde.

Rien à signaler.

Acide formique : nombreuses grandes croix ramifiées. Réaction positive (+++++).

#### *Cinquième catégorie*

##### NON DÉMENTS PRÉCOCES TUBERCULEUX ÉVOLUTIFS

OBSERVATION XXIX. — Fer..., 30 ans. Confusion mentale post-puerpérale. Décédée depuis de tuberculose.

A. H. Rien à signaler dans les antécédents familiaux.

A. P. Pleurésie séro-fibrineuse en 1934.



Auscultation : nombreuses bulles humides.

Radio : voile sur toute la hauteur du poumon gauche. Quelques pommelures.

Acide formique : pas de cristaux. Réaction négative (—).

OBSERVATION XXX. — Da Rug..., 34 ans. Délire imagino-interprétatif.

Italien : aucun renseignement, sauf une pleurésie à 7 ans et 9 frères et sœurs morts en bas âge.

Auscultation : râles sous-crépitaux aux deux sommets. Matité gauche.

Radio : à gauche, marbrures sous-claviculaires parahilaires avec image cavitaire axillaire.

Vernes : 16. Crachats purulents, pas de bacille de Koch.

Acide formique : pas de cristaux. Réaction négative (—).

OBSERVATION XXXI. — Lam..., 42 ans. Psychose hallucinatoire chronique.

A. H. Père bronchite chronique.

A. P. Congestion pulmonaire en 1915 et pleurite. Angines fréquentes.

Auscultation : signes d'infiltration du sommet gauche.

Radio : à droite, diminution de transparence de tout le champ avec opacité non homogène du lobe supérieur ne s'éclairant pas à la toux. Opacité parahilaire. A gauche, aspect normal.

Vernes : 20. Bacille de Koch +++.

Acide formique : très petites croix non ramifiées. Réaction positive faible.

OBSERVATION XXXII. — Mang... Louise, 43 ans. Psychose hallucinatoire chronique dégénérative (état voisin de démence précoce).

Rien à signaler dans les antécédents familiaux.

Tumeur blanche du majeur (main gauche).

Décédée depuis.

Radio : à droite, opacité du tiers inférieur avec pommelures dans le reste du champ. Rétraction du champ pulmonaire.

Acide formique : croix à quatre branches ramifiées. Croix de Malte. Réaction positive (+++).

OBSERVATION XXXIII. — Lesq..., 31 ans. Epileptique avec status démentiel simulant une démence précoce.

A. H. Grand'mère suicidée. Oncle dégénéré. Tous alcooliques dans la famille.

Convulsions à 3 ans.

Fébricule évoluant par poussées.

Auscultation négative.

Radio : diminution de transparence à droite. Voile léger de l'apex s'éclairant à la toux.

Vernes : 12.

Acide formique : nombreuses croix à quatre branches ramifiées. Quelques forts Vauban. Réaction positive (++++).

OBSERVATION XXXIV. — Lecom..., 27 ans. Epileptique.

A. H. Antécédents incertains, deux sœurs mortes ?

A. P. Toux, amaigrissement, fébricule.

Auscultation : respiration légèrement granuleuse aux deux bases.

Radio : sommets asymétriques. Côtes horizontales. Hyperclarté. Accentuation de la trame.

Acide formique : cristallisation abondante de tous les types. Croix ramifiées. Croix à quatre branches simples. Croix de Malte avec quelques forts Vauban. Réaction positive (++++).

### *Sixième catégorie*

#### NON DÉMENTS PRÉCOCES AVEC ANTÉCÉDENTS PERSONNELS VISIBLES A LA RADIO

OBSERVATION XXXV. — Hasl..., 30 ans. Imbécillité.

Rien à signaler dans les antécédents personnels ou familiaux.

A la radio : emphysème et voile sous-claviculaire.

Vernes : 2.

Acide formique : pas de cristaux. Réaction négative (—).

OBSERVATION XXXVI. — Boug..., femme Thom..., 52 ans. Epileptique.

Mère épileptique, sœur jumelle épileptique.

Fils épileptique.

Rien d'autre à signaler.

Radio : à droite, voile homogène sous-claviculaire s'éclairant à la toux.

Acide formique : pas de cristaux. Réaction négative (—).

OBSERVATION XXXVII. — Clau... Julienne, 51 ans. Imbécillité.

Rien à signaler dans les antécédents familiaux.

Aurait eu une broncho-pneumonie ancienne. Tousse un peu, ne crache pas.

Rien à l'auscultation.

A la radio : à droite, voile inter-cléido-hilaire, se diffusant vers l'apex. Accentuation des travées broncho-vasculaires vers la base.

Vernes : 17.

Acide formique : pas de cristaux. Réaction négative (—).

OBSERVATION XXXVIII. — Gabr... Yvonne, 17 ans. Epileptique.

Rien de connu dans les antécédents.

Radio : voile léger dans l'ensemble avec diminution de la mobilité diaphragmatique.

Acide formique : quelques croix très petites à quatre branches. De gros cristaux cubiques. Réaction positive (++)

*Septième catégorie*

NON DÉMENTS PRÉCOCES SANS SIGNES NI ANTÉCÉDENTS PERSONNELS.  
AVEC ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

OBSERVATION XXXIX. — Dusr..., 20 ans. Imbécillité.

Parents morts tous deux de tuberculose.

Un frère mort de tuberculose.

Aucun antécédent personnel.

Radio : côtes horizontales ; augmentation de la trame. Aspect normal.

Acide formique : pas de cristaux. Réaction négative (—).

*Huitième catégorie*

NON DÉMENTS PRÉCOCES, NON TUBERCULEUX NI HÉRÉDO-TUBERCULEUX

OBSERVATION XL. — Vall..., 36 ans. Mélancolie anxieuse.

Italien dont on ne connaît pas les antécédents. Transféré depuis.

Auscultation et radio : normal.

Acide formique : pas de cristaux. Réaction négative (—).

OBSERVATION XLI. — Moug... Alice, 48 ans. Paralysie générale.

A. H., A. P. Auscultation et radio : normal.

Vernes : 7.

Acide formique : pas de cristaux. Réaction négative (—).

OBSERVATION XLII. — Dahl..., 47 ans. Alcoolisme subaigu.

A. H., A. P. Auscultation et radio : normal.

Acide formique : pas de cristaux. Réaction négative (—).

OBSERVATION XLIII. — Kaziem..., 46 ans. Alcoolisme subaigu.

A. H., A. P. Auscultation et radio : normal.

Acide formique : pas de cristaux. Réaction négative (—).

OBSERVATION XLIV. — Mul... Silvel, 23 ans. Maniaque dépressif.

Rien à signaler dans les antécédents familiaux.

Auscultation : respiration rude aux sommets.

Antécédents personnels suspects, néanmoins radio normale.

Acide formique : très petites croix à quatre branches très abondantes. Réaction positive (+).

## III

En résumé, sur les 44 observations que nous venons brièvement de décrire, nous avons trouvé 27 réactions positives et seulement 17 réactions négatives. Voyons comment ces résultats se répartissent :

Notre expérimentation a porté d'une part sur 28 déments précoces et d'autre part sur 16 non déments précoces.

Nous remarquons :

1° Les déments précoces présentent très souvent de l'acide formique dans le liquide céphalo-rachidien puisque, sur 28 cas, nous avons trouvé 21 réactions positives, ce qui nous donne une proportion de 75 % des cas envisagés ; proportion supérieure à celle de Toye, qui n'est que de 50 %.

2° Les non déments précoces ont le plus souvent une réaction négative : 10 négatifs sur 16, soit 62,5 % des cas envisagés.

Ces deux premiers points viennent confirmer les conclusions de Toye.

Mais que devons-nous penser des cas qui font exception et d'abord quels sont-ils ?

Parmi les *déments précoces négatifs*, 7 sur 28 (25 % des cas), nous avons :

1° Dans la première catégorie :

Deux jeunes malades (Obs. I et II) hétérophréniques catalogués tuberculeux à cause d'un fébricule marqué et d'une tumeur blanche du coude, mais dont les antécédents familiaux ne sont pas bacillaires.

2° Dans la seconde catégorie :

Une confusion mentale chronique (Obs. VII) avec antécédents personnels de type bacillaire, mais sans antécédents familiaux tuberculeux.

3° Dans la troisième catégorie 4 malades (Obs. XII-XIV-XV-XVI) hétérophréniques sans antécédents personnels bacillaires et avec antécédents familiaux peu marqués, c'est-à-dire, antécédents, soit héréditaires, soit collatéraux, mais jamais les deux réunis. Au contraire, dans les 4 observations de cette catégorie qui sont positives, nous trouvons des antécédents bacillaires à la fois collatéraux et héréditaires, donc beaucoup plus marqués.

Parmi les *non déments précoces positifs*, 6 sur 16, nous trouvons :

1° Dans la cinquième catégorie :

A) Une psychose hallucinatoire chronique (Obs. XXXI), avec antécédents personnels très marqués, présence de bacilles de Koch, évolution très rapide depuis la ponction. Le père mort était affligé d'une bronchite chronique.

B) Une autre psychose hallucinatoire chronique (Obs. XXXII),

à type dégénératif (très voisin du type paranoïde de la démence précoce). Cette malade, décédée de tuberculose, avait une tumeur blanche et présentait des pommelures à la radio.

C) 1 épileptique (Obs. XXXIII), avec status démentiel simulant à s'y méprendre une démence précoce avec de grosses tares psychiques dans la famille et un fébricule évoluant par poussées.

D) 1 épileptique (Obs. XXXIV), en évolution tuberculeuse, dont les antécédents familiaux sont incertains (2 sœurs mortes).

2° Dans la sixième catégorie :

1 épileptique (Obs. XXXVIII), dont les antécédents héréditaires ne sont pas connus, mais qui présente quelques petits signes à la radio.

3° Dans la septième catégorie :

1 maniaque dépressif (Obs. XLIV), dont les antécédents personnels sont suspects.

Comment interpréter les résultats que nous avons obtenus. Il est évident que nous ne pouvons en tirer des conclusions absolues, néanmoins on serait tenté d'en dégager les considérations suivantes :

1) L'acide formique est très fréquent dans le liquide céphalo-rachidien des déments précoces. Nous l'avons trouvé 21 fois sur 28.

2) Il semble qu'il y ait un certain rapport entre la présence de l'acide formique et la notion de tuberculose. Nos résultats d'ensemble dans presque toutes les catégories nous permettent cette supposition. Seule notre quatrième catégorie paraît au premier abord mal s'adapter à cette hypothèse. Mais, si par définition nos malades sont indemnes de tuberculose *personnelle*, ou tout au moins nous le paraissent, nous ne savons rien de leurs antécédents familiaux.

3) Il ne semble pas qu'il y ait une relation directe entre l'intensité de la réaction formique et l'atteinte bacillaire *personnelle* ; mais nous avons cru remarquer que la réaction est d'autant plus positive que la tuberculose est notée plus ancienne dans les antécédents héréditaires.

Une autre notion, non dénuée d'intérêt, est que l'hérédité psychopathique n'est pas moins fréquente chez les sujets à réaction fortement positive.

4) L'acide formique ne peut en général être décelé dans le liquide céphalo-rachidien chez les non déments précoces. Toye n'en a jamais trouvé chez les idiots et les paralytiques généraux.



Nous avons 10 réactions négatives sur 16 et les cas positifs sont 5 fois sur 6 en rapport avec une infection tuberculeuse certaine. Les non déments précoces, non tuberculeux, sont négatifs.

5) Il est intéressant de souligner combien l'état mental de nos malades non déments précoces, mais à réaction positive, s'apparente à la démence précoce.

6) Si l'on examine ces diverses propositions, on voit qu'il n'est pas possible d'en déduire une réponse précise à la question que nous nous étions proposé de résoudre : La présence de l'acide formique est-elle en rapport avec la notion de tuberculose ou avec celle de démence précoce.

Malgré le choix de nos catégories, les conclusions restent imprécises. C'est qu'il nous manque une contre-épreuve indispensable, car si nos sujets non déments précoces et positifs sont bien des tuberculeux, ils sont aussi des malades mentaux et justement leur état psychique est assez voisin de la démence précoce. C'est donc en dehors des Asiles, à des tuberculeux aux divers degrés, mais parfaitement sains au point de vue mental, qu'il y a lieu de s'adresser maintenant pour une nouvelle série de recherches. Si l'on pouvait ainsi établir que la présence d'acide formique dans le liquide céphalo-rachidien est plus en rapport avec la désintégration des centres nerveux qu'avec la notion de tuberculose, alors la réaction prendrait une valeur pronostique de premier plan — dans ces états atypiques si fréquents au début de la démence précoce.

#### BIBLIOGRAPHIE

- TOYE (G.-P.). — Contribution à l'étude physio-pathologique de la démence précoce. *Th. Montpellier*, 1934, n° 22.
- DEPOIRE (A.). — Essai sur le rôle de l'acide oxalique dans l'immunité anti-tuberculeuse. *Th. Montpellier*, 1934, n° 48.
- TOYE (G.-P.). — Recherches biochimiques sur les liquides céphalo-rachidiens de déments précoces. *Montpellier*, 1935.
-

# UNE CORRESPONDANCE DE KANT SUR LES RAPPORTS DE L'ÂME ET DU CERVEAU

(*Première traduction française des lettres de E. Kant  
à S. Th. Soemmerring*), avec une note préliminaire

PAR

W. RIESE et A. RÉQUET

## Note préliminaire

C'est tout d'abord un intérêt *historique* qui semble justifier la première traduction française de la correspondance échangée entre l'illustre philosophe et un anatomiste de haute valeur. Mais aussi le *problème* soulevé et discuté dans cette correspondance précieuse est des plus saisissants et des plus actuels : il s'agit des *rapports de l'âme et du cerveau*.

Evidemment, dans le petit ouvrage de *Soemmerring* « *Sur l'organe de l'âme* » (« *Ueber das Organ der Seele* », Königsberg, 1796) ainsi que dans les lettres de *Kant*, le problème se pose d'une manière qui ne nous est plus guère familière. Impressionnés par « l'unité du moi », les anciens auteurs ont cherché le « *siège de l'âme* » ou, du moins, du « *sensorium commune* », c'est-à-dire le lieu de la réunion de toutes les sensations. Dès qu'au cours du dix-neuvième siècle le problème des rapports de l'âme et du cerveau revêt la forme du problème des localisations cérébrales, la question d'un siège de l'âme ou d'un *sensorium commune* n'est plus à l'ordre du jour ; on cherche à établir le rapport de fonctions psychiques plus ou moins *élémentaires* et d'endroits correspondants de la surface cérébrale, mais on se passe de l'unité du moi qui a tant occupé les prédécesseurs. C'est seulement de nos jours que l'idée d'un *tout* et d'une *unité* de l'organisme réappa-

rait, pour changer complètement l'aspect du problème des localisations cérébrales, des rapports de l'âme et du cerveau. C'est dire, que l'heure a sonné de rejoindre le passé dont nous sommes mieux à même d'apprécier les efforts que la génération qui nous a précédé.

La tentative de *Soemmerring* de réclamer le liquide cérébral comme endroit du « *sensorium commune* » n'est pas la première de son genre (1). *Hérophile* cherchait le siège de l'âme dans les grands ventricules du cerveau ; *Servetto*, dans l'aqueduc de Sylvius ; *Auranti*, dans le troisième ventricule du cerveau. Pour apprécier les nouveaux efforts de *Soemmerring*, il est de la plus haute importance d'en saisir l'idée et les buts :

Jusqu'ici, on cherchait une partie solide, un lieu dans la masse cérébrale même, dans laquelle *tous* les nerfs se rassembleraient ; ou, en d'autres termes : on cherchait une partie solide du cerveau, dans laquelle *tous* les nerfs se réuniraient, ou dans laquelle on pourrait suivre les terminaisons cérébrales de *tous* les nerfs ; ou : on cherchait, ce qui veut dire la même chose exprimée seulement d'une façon plus figurée, une partie du cerveau, d'où prendraient origine *tous* les nerfs ; ou une partie du cerveau, d'où l'on pourrait déduire les origines, débuts ou racines de *tous* les nerfs, ou à laquelle se rendraient *tous* les nerfs ; ou une partie de la masse cérébrale, dont on pourrait présumer, d'après des données anatomiques, du moins quelque chose de semblable, bien qu'on ne puisse pas l'exposer d'une façon directement visible...

Il m'a toujours été inconcevable, comment on pouvait chercher ce *sensorium commune* dans une partie dite *solide*, mieux dans une partie *raide*, *rigide* du cerveau ; comme il n'y aurait décidément alors pas de raison, comment pourrait naître quelque chose de si différent du mouvement provoqué par le nerf que doit être une sensation de par son essence ? (Par exemple, le nerf optique est homogène depuis le globe oculaire jusqu'à la cavité cérébrale, autant qu'on puisse le déceler ; par conséquent, le mouvement provoqué par lui est homogène tant qu'il conserve la même structure).

Si, par contre, j'admets que le mouvement provoqué par le nerf vers le cerveau reste le même jusqu'à sa terminaison cérébrale (car, pourquoi devrait-on admettre une modification dans l'effet, tant qu'on ne remarque aucune modification dans la structure du nerf ?), mais qu'il se transmet là où le nerf finit au liquide de la cavité cérébrale, du moins il est concevable qu'alors quelque chose de vraiment différent — à savoir une sensation — peut naître sans qu'on puisse indi-

(1) V. F. J. GALL, *Anatomie et physiologie du système nerveux*, Paris, 1812, deuxième volume, p. 214.

quer ni ce qui se produit précisément, ni la façon dont cela se produit.

Dans ma « Neurologie », § 98, je cite encore une autre raison contre l'admissibilité de l'opinion : que le *sensorium commune* devrait être contenu dans une partie solide du cerveau ; je m'exprime ainsi : comme on ne trouve pas de partie définie de la moelle cérébrale, qu'on n'aurait trouvé parfois détruite sans gêne perceptible d'une quelconque fonction, sans un désavantage concomitant perceptible pour le *sensorium commune* ; le *sensorium commune* ne semble donc pas être limité à une plus petite partie de la moelle cérébrale (c'est-à-dire d'une masse solide).

Si, par suite, le *sensorium commune* doit se trouver dans le cerveau là où tous les nerfs se rassemblent, ce sont les parois des cavités cérébrales, où effectivement les nerfs se rassemblent avec leurs véritables terminaisons, et sont véritablement liés ou réunis au moyen du liquide qui s'y trouve en tant qu'un intermédiaire simple, continu et commun à eux.

*L'intermédiaire réunissant (Medium uniens) serait en conséquence le liquide des cavités cérébrales.*

(SOEMMERRING, *Sur l'organe de l'âme*, p. 35).

Peu importe que nos connaissances anatomiques actuelles n'admettent plus l'existence d'une terminaison des nerfs dans les parois de la cavité cérébrale ; le problème du rapport de l'âme et du cerveau tel qu'il est soulevé par Kant dans sa grande lettre à Soemmerring n'en existe pas moins et le lecteur ne peut pas ne pas reconnaître la portée générale et la valeur méthodique de l'exposé du philosophe critique. *Kant délimite les frontières au-delà desquelles aucune tentative d'expliquer ce rapport ne peut jamais se hasarder.* Selon lui, le problème du rapport de l'âme et du cerveau n'admet qu'une solution *physiologique*.

Remarquons enfin que les idées des deux auteurs qui discutent le rôle physiologique de « l'eau cérébrale » offrent une certaine valeur d'*actualité*, quoique évidemment un peu modeste et vague, grâce à la renaissance de la pathologie humorale en général, aux découvertes du rôle et de la nature du liquide céphalo-rachidien en particulier.

Vous m'avez fait, très honoré Monsieur, comme le premier anatomiste philosophe du visible chez l'homme, à moi qui m'occupe de l'anatomie de l'invisible chez le même, l'honneur de la dédicace de votre excellent exposé, comme invitation sans doute à la réunion de ces deux affaires pour un but commun.

Je joins au remerciement cordial pour votre confiance l'esquisse

de la compatibilité, d'une part, et de l'incompatibilité, d'autre part, des deux desseins, en déclarant d'en faire, comme bon vous semble, tel usage qui vous plaira, voire public.

Vu votre vigueur et votre talent, votre âge non encore avancé, la science peut encore attendre de vous un grand enrichissement ; ce pourquoi je vous souhaite de tout cœur santé et paix, tandis que le mien ne laisse plus guère attendre de moi que de profiter, autant que possible de l'enseignement d'autrui.

Votre admirateur et très humble serviteur.

I. KANT.

### A Samuel Thomas Soemmerring

Königsberg, 10 août 1795.

Vous venez soumettre à mon appréciation, très honoré Monsieur, l'ouvrage que vous avez fait sur un certain principe de force vitale chez les êtres animés, principe qui, du point de vue de la seule perception, est désigné par l'organe sensoriel direct *πρώτον Αἰσθητήριον*, mais du point de vue de l'ensemble de toutes les perceptions réunies dans une partie définie du cerveau, prend le nom de territoire commun des sensations (*sensorium commune*) : honneur que je reconnais avec une profonde gratitude dans la mesure où il m'est fait comme non complètement étranger aux *sciences de la nature*. — Mais cela pose en même temps une question de l'ordre de la *métaphysique* (dont l'oracle est, comme on dit, muet depuis longtemps), et me met dans l'embarras de savoir si je dois accepter cet honneur ou non : car la question du *siège de l'âme* (*sedes animæ*) est aussi contenue dans ce problème, qu'on la considère aussi bien dans son *pouvoir perceptif* (*facultas sensitiva percipiendi*) que dans son pouvoir moteur (*facultas locomotiva*).

On cherche donc une *réponse*, au sujet de laquelle deux facultés peuvent entrer en conflit du fait de leurs compétences respectives (*forum competens*), la *médecine*, dans son domaine anatomo-physiologique, et la *philosophie*, dans son domaine métaphysico-psychologique, conflit au cours duquel naissent des désagréments comme dans toutes les *tentatives de conciliation*, entre ceux qui veulent tout fonder sur les principes *empiriques* et ceux qui réclament en premier lieu des fondements *a priori* (cas qui survient toujours dans les tentatives de réunion de la doctrine pure du droit avec la politique, qui est *conditionnée empiriquement*, ainsi que dans les tentatives de réunion de la doctrine pure de la religion avec la doctrine de la religion révélée, qui est également *conditionnée empiriquement*). Ces désagréments ne reposent que sur le différend de décider à quelle faculté revient le problème, quand, à son sujet, on cherche une solution dans une université (qui représente une institution embrassant toutes les connaissances). — Qui, dans le cas présent, donne satisfaction au



*médecin* en tant que physiologiste, indispose le *philosophe* en tant que métaphysicien ; et inversement, qui fait droit à celui-ci se heurte à celui-là.

Mais c'est précisément l'idée d'un *siège de l'âme* qui occasionne le conflit des facultés sur l'organe sensoriel commun, et il vaut par conséquent mieux ne pas la mettre en jeu ; ce que l'on est d'autant plus en droit de faire, qu'elle réclame une *présence localisée*, qui à la chose qui n'est qu'objet du sens intérieur, et pour autant n'est déterminable que selon des conditions de temps, attribue une relation spatiale, mais précisément de ce fait se contredit elle-même ; au lieu qu'une *présence virtuelle*, qui n'appartient qu'à l'entendement, précisément de ce fait n'est pas localisée, fournit une idée, qui rend possible de traiter la question soulevée (du *sensorium commune*), uniquement comme problème physiologique. — Car, bien que la plupart des hommes croient sentir la pensée dans la tête, cela n'est cependant qu'une fausse interprétation, à savoir, de prendre le jugement que l'on porte sur la cause de la sensation à un certain endroit (du cerveau) pour la sensation de la cause à ce même endroit, et de faire accompagner ensuite, suivant les lois de l'association, les pensées par les traces laissées dans le cerveau par les impressions qui s'y sont produites, en les désignant sous le terme d'*idées matérielles* (Descartes), qui, bien qu'elles soient des hypothèses très arbitraires, n'exigent pas un siège de l'âme et ne mélangent pas le problème physiologique avec la métaphysique. Nous n'avons donc à faire qu'à la matière, laquelle rend possible la réunion de toutes les représentations sensorielles dans l'*esprit* (Gemüt) (1). — Mais la matière qui (en tant que *sensorium commune*) est seule qualifiée pour cela, d'après les découvertes dues à vos profondes recherches anatomiques, est contenue dans la cavité cérébrale, et ce n'est que l'eau : organe immédiat de l'âme qui, d'un côté, *sépare* les uns des autres les faisceaux nerveux qui viennent s'y terminer, afin que par eux les sensations ne se mélangent pas, et d'un autre côté réalise entre eux une *communauté* complète, de façon que quelques sensations, bien que reçues par le même esprit, n'en soient cependant pas au dehors (ce qui est une contradiction).

(1) Par *esprit* (Gemüt), on ne comprend que le *pouvoir* (animus) de combiner les représentations données et d'effectuer l'unité de l'aperception empirique, pas encore la substance (*anima*), de par sa nature complètement différente de la matière, dont on fait alors abstraction ; de ce fait, on obtient que nous ne devons pas en ce qui concerne le sujet pensant passer à la métaphysique, qui en tant que telle a à faire avec la conscience pure et son unité *à priori* dans la combinaison de représentations données (avec l'entendement), mais ne nous occuper que de l'imagination, dont les intuitions (aussi sans présence de leur objet) en tant que représentations empiriques peuvent être considérées comme correspondantes aux impressions dans le cerveau (plutôt habitus de la reproduction) et appartenant à un tout de l'intuition intérieure de soi-même.

Mais alors apparaît la grande difficulté : à savoir que, comme l'eau en tant que liquide, ne peut raisonnablement être considérée comme organisée, que cependant, sans organisation, c'est-à-dire, sans un arrangement convenable et stable, quant à sa forme, des parties, aucune manière ne peut servir d'organe immédiat de l'âme, cette belle découverte n'atteint pas encore son but.

Est *fluide* une matière continue, dont chaque partie, dans l'espace qu'elle remplit, peut être écartée de sa place par la plus petite force. Mais cette propriété semble contredire l'idée d'une matière organisée, qu'on se représente comme machine, donc comme matière *rigide* (1), résistant avec une certaine force au déplacement de ses parties, et par conséquent à la modification de sa configuration intérieure, mais se représenter cette eau en partie liquide et en partie rigide (comme, par exemple, l'humidité cristalline de l'œil), détruirait en partie aussi la raison pour laquelle on admet cette propriété de l'organe sensoriel immédiat pour en expliquer la fonction.

Que penser, si, au lieu de l'organisation *mécanique* reposant sur la juxtaposition des parties pour la formation d'une certaine structure, je proposais une organisation *dynamique* qui repose sur des principes chimiques (comme l'autre repose sur des principes mathématiques), et qui peut s'accorder ainsi avec la fluidité de cette matière. — De même que la division *mathématique* d'un espace et de la matière qui le remplit (par exemple de la cavité cérébrale et de l'eau qui la remplit) va à l'infini, ainsi, il peut en aller de même avec la division *chimique* en tant que division dynamique (décomposition de différentes espèces réciproquement dissoutes dans une matière), de telle sorte que, pour autant que nous le savons, elle va de même à l'infini (*indefinitum*). — L'eau pure ordinaire, considérée, il y a encore peu, comme élément chimique, est décomposée à l'heure actuelle en deux différents gaz par des expériences pneumatiques. Chacun de ses gaz, en dehors de sa base, renferme en lui un principe inflammable (Wärmestoff), qui, sans doute, à son tour, peut se laisser transformer par la nature en matière lumineuse ou autre, de même que la lumière encore en différentes couleurs, etc... Si l'on ajoute à cela l'innombrable variété de substances, en partie volatiles, que le règne végétal peut former de cette eau ordinaire, vraisemblablement, par décomposition, et autre mode de synthèse : on peut se représenter quelle diversité d'organes les terminaisons nerveuses peuvent rencontrer dans le liquide cérébral (qui n'est peut-être autre chose que de l'eau ordinaire), pour, par leur intermédiaire, être réceptives au monde sensoriel, et réciproquement, par ailleurs, agir aussi sur lui.

Si donc, l'on admet l'hypothèse qu'un pouvoir des nerfs est à la base de l'esprit dans sa pensée empirique, c'est-à-dire dans la rés -

(1) Au *fluide* (fluidum) doit être précisément opposé le *rigide* (rigidum) comme l'emploie également Euler en opposition avec le premier. Au *solide* il faut opposer le *creux*.

lution et la combinaison de représentations sensorielles données, pouvoir de décomposer, selon leur multiplicité, l'eau de la cavité cérébrale en différents éléments primaires (Urstoffe), et ainsi, par le dégagement de l'un ou l'autre de ceux-ci, permettre le jeu de différentes sensations (par exemple, celle de la lumière, au moyen de l'excitation du nerf optique, ou du son, par le nerf auditif, etc), mais de telle façon que ces éléments, après l'arrêt de l'excitation, se recombinaient de nouveau immédiatement, si l'on admet cette hypothèse, dis-je, on pourrait dire que cette eau *est* continuellement organisée, sans cependant être jamais organisée : ce qui permet cependant d'atteindre le but qu'on se proposait avec l'organisation stable, savoir, de rendre saisissable l'unité collective de toutes les représentations sensorielles dans un organe commun (*sensorium commune*), mais seulement par sa décomposition chimique.

Mais (1) le problème, comme il est spécialement imaginé par *Haller*, n'est cependant pas résolu de cette façon, car il n'est pas seulement physiologique, mais il doit servir de moyen de démontrer l'unité de la conscience de soi-même (qui appartient à l'entendement) dans le rapport spatial de l'âme avec les organes du cerveau (qui relève du sens extérieur), donc, le *siège* de l'âme, en tant que présence *localisée*, ce qui est un problème de la métaphysique, non seulement insoluble pour celle-ci, mais contradictoire en soi-même. — Car, si je dois démontrer le lieu de mon âme, c'est-à-dire de mon moi absolu, quelque part dans l'espace, je suis obligé de me percevoir moi-même justement par le même sens, par lequel je perçois aussi la matière qui m'environne, comme cela se passe lorsque je veux déterminer ma place *en tant qu'homme* dans le monde, à savoir que je suis obligé de considérer mon corps en rapport avec d'autres corps en dehors de moi. — Or, l'âme ne peut se percevoir que par le sens interne, mais ne peut percevoir le corps que par les sens externes (que ce soit intérieurement ou extérieurement), donc, elle ne peut décidément se déterminer aucune place, parce qu'elle serait obligée, pour cela, de se prendre pour objet de sa propre intuition extérieure, et de se placer hors d'elle-même, ce qui est contradictoire. — Ainsi la solution désirée du problème du siège de l'âme qu'on exige abusivement de la métaphysique, conduit à une grandeur impossible ( $\sqrt{-2}$ ) ; et on peut, à celui qui l'entreprend, clamer avec *Térence* : « nihil plus agas, quam si des operam, ut cum ratione insanias » ; cependant qu'on ne peut en vouloir au physiologiste, auquel il suffit d'avoir recherché la seule présence dynamique, si possible, jusqu'à ce qu'elle soit immédiate, d'avoir fait appel au métaphysicien pour remplacer ce qui manque encore.

(1) Le dernier paragraphe de cette lettre, ainsi que la première note, ont été traduits par M. Lachière-Rey dans sa thèse sur « L'idéalisme kantien », p. 217 et 236 (Alcan, Paris, 1931). Il n'y a pas de différence essentielle entre nos deux traductions.

N. B. — Il existe encore une lettre de Kant à Soemmerring du 4 août 1800 qui n'a été ni terminée ni envoyée et que nous avons renoncé à traduire parce qu'elle ne s'occupe pas de notre problème.

### A Samuel Thomas Soemmerring

*Le 17 septembre 1795.*

Comme M. Nicolovius me demande, très cher ami, si j'ai quelque chose à ajouter à la lettre qu'il vous adresse, ce peut-être l'idée suivante :

Dans le problème de l'organe sensoriel commun, il s'agit, en principe, d'apporter l'unité d'agrégat dans l'infini divers de toutes les représentations sensorielles de l'esprit ou plutôt de la rendre concevable par la structure du cerveau. Cela ne peut se produire que par le fait qu'il y a un moyen d'associer les impressions, même *hétérogènes*, mais sériées d'après le temps, par exemple, la représentation visuelle d'un jardin, avec la représentation auditive d'une musique entendue dans ce même jardin, le goût d'un repas qu'on y a pris, etc., impressions qui se confondraient si les faisceaux nerveux s'influençaient par des contacts réciproques. Mais *l'eau* des cavités cérébrales peut ainsi servir d'intermédiaire pour transporter l'influence d'un nerf sur un autre, et par réaction de ce dernier, à lier la représentation qui lui correspond à un état de conscience, sans que ces impressions se confondent, aussi peu que dans un concert à plusieurs voix, les sons sont propagés par *l'air* en se mélangeant.

Mais vous avez conçu, sans doute, la même idée. C'est pourquoi je n'ajoute rien d'autre, que j'ai constaté avec la plus grande satisfaction dans votre agréable lettre l'expression de votre amitié et de l'harmonie de nos façons de penser.

I. KANT.

---

# SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

*fondée le 27 avril 1852*  
*reconnue comme établissement d'utilité publique*  
*par décret du 11 décembre 1867*

## LISTE

des Présidents, Secrétaires généraux et Trésoriers  
de la Société Médico-psychologique (1852-1936)

### *Présidents (1)*

|           |                        |      |                       |
|-----------|------------------------|------|-----------------------|
| 1852-1853 | MM. FERRUS.            | 1877 | MM. BILLOD.           |
| 1853-1854 | GERDY.                 | 1878 | BAILLARGER.           |
| 1854-1855 | BUCHÉZ.                | 1879 | Prosper LUCAS.        |
| 1855-1856 | PARCHAPPE.             | 1880 | LEGRAND DU SAULLE.    |
| 1856-1857 | PEISSE.                | 1881 | LUYS.                 |
| 1857-1858 | BAILLARGER.            | 1882 | DALLY.                |
| 1858-1859 | CERISE.                | 1883 | MOTET.                |
| 1859-1860 | TRELAT.                | 1884 | A. FOVILLE.           |
| 1861      | BRIERRE DE BOISMONT.   | 1885 | H. DAGONET.           |
| 1862      | Adolphe GARNIER.       | 1886 | Armand SEMELAGNE.     |
| 1863      | DELASIAUVE.            | 1887 | MAGNAN.               |
| 1864      | J.-J. MOREAU DE TOURS. | 1888 | COTARD.               |
| 1865      | GIRARD DE CAILLEUX.    | 1889 | Jules FALPET.         |
| 1866      | Félix VOISIN.          | 1890 | BALL.                 |
| 1867      | Paul JANET.            | 1891 | BOUCHEREAU.           |
| 1868      | BROCHIN.               | 1892 | Théophile ROUSSEL.    |
| 1869      | CONSTANS.              | 1893 | CHRISTIAN.            |
| 1870-1871 | LASÈGUE.               | 1894 | Auguste VOISIN.       |
| 1872      | Jules FALRET.          | 1895 | Paul MOREAU DE TOURS. |
| 1873      | LUNIER.                | 1896 | Eugène CHARPENTIER.   |
| 1874      | LOISEAU.               | 1897 | Paul GARNIER.         |
| 1875      | BLANCHE.               | 1898 | MEURIOT.              |
| 1876      | DUMESNIL.              | 1899 | Jules VOISIN.         |

(1) Fondée le 27 avril 1852, la Société Médico-Psychologique fut présidée d'abord par Ferrus et, jusqu'en 1860, choisit en juillet son président annuel. A partir de 1860, le président fut élu à la séance de décembre pour entrer en fonctions au mois de janvier.



|           |                  |      |                |
|-----------|------------------|------|----------------|
| 1900      | MM. MAGNAN.      | 1920 | MM. TRÉNEL.    |
| 1901      | JOFFROY.         | 1921 | PACTET.        |
| 1902      | MOTET.           | 1922 | TOULOUSE.      |
| 1903      | Gilbert BALLE.   | 1923 | ANTHEAUME.     |
| 1904      | BRUNET.          | 1924 | TRUELLE.       |
| 1905      | VALLON.          | 1925 | ROUBINOVITCH.  |
| 1906      | BRIAND.          | 1926 | SOLLIER.       |
| 1907      | DENY.            | 1927 | LEGRAIN.       |
| 1908      | SÉGLAS.          | 1928 | Raoul LEROY.   |
| 1909      | LEGRAS.          | 1929 | Pierre JANET.  |
| 1910      | ARNAUD.          | 1930 | CAPGRAS.       |
| 1911      | SÉRIEUX.         | 1931 | Henri CLAUDE.  |
| 1912      | KLIPPEL.         | 1932 | MARCHAND.      |
| 1913      | René SEMELAIGNE. | 1933 | Georges DUMAS. |
| 1914-1916 | VIGOUROUX.       | 1934 | MIGNOT.        |
| 1917      | CHASLIN.         | 1935 | Th. SIMON.     |
| 1918      | Henri COLIN.     | 1936 | VURPAS.        |
| 1919      | DUPAIN.          |      |                |

*Secrétaires généraux*

|           |                      |           |                   |
|-----------|----------------------|-----------|-------------------|
| 1852-1856 | MM. DECHAMBRE.       | 1873-1881 | MM. MOTET.        |
| 1856-1858 | CERISE.              | 1882-1920 | RITTI.            |
| 1858-1859 | BRIERRE DE BOISMONT. | 1920-1930 | Henri COLIN.      |
| 1859-1861 | ARCHAMBAULT.         | 1930-1935 | René CHARPENTIER. |
| 1862-1866 | BROCHIN.             | 1936      | COURBON.          |
| 1867-1873 | LOISEAU.             |           |                   |

*Trésoriers-Archivistes*

|           |                    |           |                       |
|-----------|--------------------|-----------|-----------------------|
| 1852-1855 | MM. MICHÉA.        | 1898-1902 | MM. BRUNET.           |
| 1855-1861 | BROCHIN.           | 1903-1908 | ANTHEAUME.            |
| 1862-1871 | LEGRAND DU SAULLE. | 1908-1920 | PACTET.               |
| 1872-1892 | Auguste VOISIN.    | 1921-1931 | R. MALLET.            |
| 1893-1897 | Jules VOISIN.      | 1931-1936 | Mme THUILLIER-LANDRY. |

---

## BUREAU POUR 1936

*Président* : M. Cl. VURPAS.

*Vice-Président* : M. René CHARPENTIER.

*Secrétaire général* : M. Paul COURBON.

*Trésorière-Archiviste* : Mme THUILLIER-LANDRY.

*Secrétaires des séances* : MM. Paul ABÉLY et GARRETTE.

LISTE DES MEMBRES établie le 28 janvier 1936 <sup>(1)</sup>

## Membres titulaires honoraires (16)

*Membres titulaires*  
depuis :

1884. MM. SÉGLAS.  
1888. LEGRAIN.  
1893. KLIPPEL.  
— PACTET.  
— SÉRIEUX.  
1895. PIERRE JANET.  
1899. NAGEOTTE.  
1905. LWOFF.

*Membres titulaires*  
depuis :

1909. MM. LEROY.  
1910. PIÉRON.  
— TRUELLE.  
1930 (2). Paul CAMUS.  
— GUILLAIN.  
— PIERRE MARIE.  
— HENRY MEIGE.  
— ANDRÉ THOMAS.

## Membres titulaires (99)

*Membres titulaires*  
depuis :

1888. MM. DUPAIN.  
1895. ROUBINOVITCH.  
1896. TOULOUSE.  
1910. ROGUES DE FURSAC.  
1911. CAPGRAS.  
— MARCHAND.  
— VURPAS.  
— MIGNOT.  
— René CHARPENTIER.

*Membres titulaires*  
depuis :

1913. FILLASSIER.  
— LAIGNEL-LAVASTINE.  
1919. MALLET.  
— Ach. DELMAS.  
— DEVAUX.  
— DUPOUY.  
1920. BARBÉ.  
— REVAULT d'ALLONNES.  
— MEURIOT.

(1) La Société réunit actuellement 405 membres. Les candidats au titre de *membre titulaire*, *membre correspondant national* ou *membre associé étranger* de la Société Médico-psychologique, doivent adresser au Secrétaire général, en même temps que leur lettre de candidature, une liste de titres et travaux scientifiques et un exemplaire de leurs publications.

(2) Membres honoraires nommés exceptionnellement en 1930 à l'occasion de la fusion de la Société Clinique de Médecine Mentale et de la Société de Psychiatrie avec la Société Médico-psychologique.

*Membres titulaires*  
depuis :

|       |                       |
|-------|-----------------------|
| 1920. | MM. SIMON.            |
| 1922. | RAYNIER.              |
| —     | Henri CLAUDE.         |
| 1923. | Georges DUMAS.        |
| —     | BUSSARD.              |
| —     | RODIET.               |
| 1924. | LHERMITTE.            |
| —     | GUIRAUD.              |
| 1926. | COURBON.              |
| —     | LOGRE.                |
| 1927. | PETIT.                |
| —     | D. SANTENOISE.        |
| —     | CALMELS.              |
| —     | H. BEAUDOUIN.         |
| —     | MINKOWSKI.            |
| 1930. | DEMAY.                |
| —     | HEUYER.               |
| —     | Xavier ABÉLY.         |
| —     | A. BAUDOUIN.          |
| —     | FRIBOURG-BLANC.       |
| —     | GENIL-PERRIN.         |
| —     | LÉVY-VALENSI.         |
| —     | MAILLARD.             |
| —     | SENGÈS.               |
| —     | TINEL.                |
| —     | WALLON.               |
| 1931. | Paul ABÉLY.           |
| —     | CEILLIER.             |
| —     | VINCHON.              |
| —     | CODET.                |
| —     | H. BARUK.             |
| —     | A. BOREL.             |
| —     | BUVAT.                |
| —     | COLLET.               |
| —     | HARTENBERG.           |
| —     | Mme THUILLIER-LANDRY. |
| —     | MM. TARGOWLA.         |
| —     | PÉRON.                |
| —     | BONHOMME.             |
| —     | GOURIOU.              |
| —     | ABADIE (1).           |

*Membres titulaires*  
depuis :

|       |                   |
|-------|-------------------|
| 1931. | MM. AMELINE.      |
| —     | AUBRY.            |
| —     | J. BARUK.         |
| —     | Ch. BLONDEL.      |
| —     | P. COMBEMALE.     |
| —     | DANJEAN.          |
| —     | DESRUELLES.       |
| —     | DIDE.             |
| —     | EUZIÈRE.          |
| —     | GUICHARD.         |
| —     | HALBERSTADT.      |
| —     | J. HAMEL.         |
| —     | HESNARD.          |
| —     | LAGRIFFE.         |
| —     | LAUZIER.          |
| —     | J. LÉPINE.        |
| —     | NAYRAC.           |
| —     | M. OLIVIER.       |
| —     | PASTUREL.         |
| —     | POROT.            |
| —     | RAVIART.          |
| —     | RAYNEAU.          |
| —     | ROBERT.           |
| —     | R. ROUGEAN.       |
| —     | Ach. SANTENOISE.  |
| —     | VIEUX.            |
| —     | WAHL.             |
| —     | BOURGUIGNON.      |
| —     | VIGNAUD.          |
| —     | LARGEAU.          |
| 1932. | CÉNAC.            |
| 1933. | CARRETTE.         |
| 1934. | BRISOT.           |
| —     | LERAT.            |
| 1935. | ALAJOUANINE.      |
| —     | CROUZON.          |
| —     | PORC'HER.         |
| —     | BAUER.            |
| —     | Mme MINKOWSKA.    |
| 1936. | M. R. D. ANGLADE. |
| —     | N...              |

(1) Ici, par ordre alphabétique, noms de membres non résidents élus membres titulaires le 28 mai 1931, par suite des modifications apportées aux Statuts de la Société le 26 janvier 1931 (de M. Abadie à M. Wahl inclusivement).

## Membres Correspondants Nationaux (121)

*Membres correspondants*  
depuis :

|       |                     |
|-------|---------------------|
| 1888. | MM. LEMOINE.        |
| 1899. | BRETON.             |
| 1902. | COLOLIAN.           |
| 1903. | CHÉNAIS.            |
| 1904. | VERNET.             |
| —     | A. RICHE.           |
| —     | SIZARET.            |
| 1905. | V. PARANT.          |
| —     | PERPÈRE.            |
| 1911. | Mlle PASCAL.        |
| 1912. | MM. BEAUSSART.      |
| —     | OSSIP-LOURIÉ.       |
| 1913. | ALBÈS.              |
| —     | VOIVENEL.           |
| 1918. | GILLES.             |
| —     | J. COURJON.         |
| 1919. | BOUDON.             |
| —     | BENON.              |
| 1920. | RENAUX.             |
| —     | VIAN.               |
| 1921. | ALLAMAGNY.          |
| —     | MOLIN de TEYSSIEU.  |
| 1922. | BROUSSEAU.          |
| —     | EISSEN.             |
| —     | QUERCY.             |
| 1923. | Ch. REBOUL-LACHAUX. |
| —     | POTEL.              |
| 1924. | PRINCE.             |
| 1925. | G. PAUL-BONCOUR.    |
| —     | Gilbert ROBIN.      |
| 1928. | MONTASSUT.          |
| 1930. | CORNÉLIUS.          |
| —     | DELAVILLE.          |
| —     | GALLAIS.            |
| —     | LAHY.               |
| —     | VIÉ.                |
| —     | SCHAEFFER.          |
| —     | SCHIFF.             |
| —     | Mlle WEINBERG.      |
| 1931. | MM. BARRÉ.          |
| —     | CHARTIER.           |
| —     | DADAY.              |
| —     | DUMOLARD.           |
| —     | GONNET.             |
| —     | HYVERT.             |
| —     | JUDE.               |

*Membres correspondants*  
depuis :

|       |                          |
|-------|--------------------------|
| 1931. | MM. MACÉ DE LÉPINAY.     |
| —     | MARTIN-SISTERON.         |
| —     | MEIGNANT.                |
| —     | FRANTZ ADAM.             |
| —     | Paul DELMAS.             |
| —     | LAMACHE.                 |
| —     | VILLEY-DESMESERETS.      |
| —     | GRIMBERT.                |
| —     | BAUER.                   |
| —     | CALMETTES.               |
| —     | DELMAS-MARSALET.         |
| —     | LABUCHELLE.              |
| —     | FOLLY.                   |
| —     | ERNST.                   |
| —     | PERRUSSEL.               |
| —     | ARTUR.                   |
| —     | Paul COSSA.              |
| —     | LARRIVÉ.                 |
| —     | FROMENTY.                |
| 1932. | MESTRALLET.              |
| —     | P. LASSALLE.             |
| —     | MORAT.                   |
| —     | OMBRÉDANE.               |
| —     | TRIVAS.                  |
| —     | H. ROGER.                |
| —     | MARTIMOR.                |
| —     | P. MASQUIN.              |
| —     | BURCKARD.                |
| —     | Henri EY.                |
| —     | LE GUILLANT.             |
| —     | PICARD.                  |
| —     | RONDEPIERRE.             |
| 1933. | CUEL.                    |
| —     | PICHARD.                 |
| —     | VIGNERON d'HEUCQUEVILLE. |
| —     | DUBLINEAU.               |
| —     | DAUSSY.                  |
| —     | POTET.                   |
| 1934. | CORMAN.                  |
| —     | LE GRAND.                |
| —     | DONNADIEU.               |
| —     | LÔO.                     |
| —     | CARON.                   |
| —     | LÉCULIER.                |
| —     | MARESCHAL.               |
| —     | LACAN.                   |

*Membres correspondants  
depuis :*

1934. Mlle MARTRILLE.  
 — MM. DECHAUME.  
 — GAUTHIER.  
 — POMMÉ.  
 — BARGUES.  
 — Emile ADAM.  
 — FREY.  
 — SCHÜTZENBERGER. —  
 — Mlle CULLERRE.  
 1935. MM. LAGACHE.  
 — GOT.  
 — DURAND-SALADIN.  
 — J. LASSALE.  
 — CHRISTY.  
 — COSTEDOAT.

*Membres correspondants  
depuis :*

1935. MM. DUPYTOUT.  
 — TRILLOT.  
 — LE SAVOUREUX.  
 — Rémi COURJON.  
 — LECLERCQ.  
 — TOYE.  
 — SIVADON.  
 — ROUART.  
 — J. BOREL.  
 — LEULIER.  
 — CASALIS.  
 — Mlle DEROMBIES.  
 — M. RUBENOVITCH.  
 1936. Mme MASSON.

Nous donnons ci-dessous la liste et les adresses des membres titulaires, correspondants nationaux et associés étrangers, avec la date de leur entrée dans la Société. Prière d'adresser toutes rectifications au Secrétaire général de la Société Médico-Psychologique.

**Membres titulaires honoraires (16)**

MM. CAMUS (Paul), 55, quai Bourbon, Paris (IV<sup>e</sup>). — 22 décembre 1930.  
 GUILLAIN (Georges), 215 bis, boulevard Saint-Germain, Paris (VII<sup>e</sup>). — 22 décembre 1930.  
 JANET (Pierre), 54, rue de Varenne, Paris (VII<sup>e</sup>). — 28 janvier 1895.  
 KLIPPEL (Maurice), 63, boulevard des Invalides, Paris (VII<sup>e</sup>). — 27 novembre 1893.  
 LEGRAIN (Maurice), 9, rue Pelouze, Paris (VIII<sup>e</sup>). — 30 juillet 1888.  
 LEROY (Raoul), 16, rue Julie, Paris (XIV<sup>e</sup>). — 28 mars 1898.  
 LWOFF, 14, avenue Marie-Louise, La Varenne-St-Hilaire (Seine). — 20 janvier 1893.  
 MARIE (Pierre), 76, rue de Lille, Paris (VII<sup>e</sup>). — 22 décembre 1930.  
 MEIGE (Henry), allée Boileau, Champignolle, La Varenne-St-Hilaire (Seine). — 28 février 1898.  
 NAGEOTTE (J.), 82, rue Notre-Dame-des-Champs, Paris (VI<sup>e</sup>). — 25 juillet 1898.  
 PACTET, 35, Grande-Rue, Châtenay (Seine). — 29 février 1892.  
 PIÉRON (Henri), 52, route de la Plaine, Le Vésinet (Seine-et-Oise). — 27 avril 1903.  
 SÉGLAS (J.), 96, rue de Rennes, Paris (VI<sup>e</sup>). — 28 juillet 1884.  
 SÉRIEUX (P.), 131, boulevard Brune, Paris (XIV<sup>e</sup>). — 25 janvier 1892.  
 THOMAS (André), 28, rue Marbeuf, Paris (VIII<sup>e</sup>). — 22 décembre 1930.  
 TRUELLE (V.), 4, avenue Courteline, Paris (XII<sup>e</sup>). — 25 novembre 1901.



## Membres titulaires (99)

- MM. ABADIE (J.), 18, rue Porte-Dijeaux, à Bordeaux. — 29 mai 1922.  
 ABÉLY (Paul), Asile de Villejuif (Seine). — 30 juin 1924.  
 ABÉLY (Xavier), Asile de Villejuif (Seine). — 27 juin 1921.  
 ALAJOUANINE (Th.), 120, avenue Victor-Hugo, Paris (XVI<sup>e</sup>). — 22 décembre 1930.  
 AMELINE (Marius), Mehun-sur-Yèvre (Cher). — 30 mai 1910.  
 ANGLADE (Roger-D.), Asile de Villejuif (Seine). — 28 mai 1931.  
 AUBRY (J.-M.-E.), Maison de Santé de Maréville (Meurthe-et-Moselle). — 28 mai 1931.  
 BARBÉ (André), 39, rue de l'Université, Paris (VII<sup>e</sup>). — 24 avril 1911.  
 BARUK (Henri), 57, Grande-Rue, à Saint-Maurice (Seine). — 26 janvier 1931.  
 BARUK (Jacques), Maison de Santé de Sainte-Gemmes-sur-Loire (Maine-et-Loire). — 26 décembre 1910.  
 BAUER (E.), Asile de Naugeat, à Limoges (Haute-Vienne). — 27 avril 1931.  
 BAUDOUIN (A.), 5, rue Palatine, Paris (VI<sup>e</sup>). — 22 décembre 1930.  
 BEAUDOUIN (H.), Asile de Maison-Blanche, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 29 septembre 1924.  
 BLONDEL (Ch.), 1, quai Zorn, à Strasbourg (Bas-Rhin). — 21 juillet 1928.  
 BONHOMME (J.), 17, rue de Penthièvre, à Sceaux (Seine). — 27 novembre 1916.  
 BOREL (A.), 11, quai aux Fleurs, Paris (IV<sup>e</sup>). — 29 décembre 1923.  
 BOURGUIGNON (G.), 15, rue Royer-Collard, Paris (V<sup>e</sup>). — 22 décembre 1930.  
 BRISSOT (M.), Colonie d'enfants anormaux, à Perray-Vaucluse (Seine-et-Oise). — 27 juin 1921.  
 BUSSARD (Edouard), 8, avenue du Onze-Novembre 1918, à Bellevue (Seine-et-Oise). — 29 juillet 1907.  
 BUVAT (J.-B.), 130, rue de la Glacière, Paris (XIII<sup>e</sup>). — 27 mars 1905.  
 CALMELS (F.-L.), 22, avenue des Gobelins, Paris (V<sup>e</sup>). — 25 avril 1927.  
 CAPGRAS (J.), Asile Clinique (Sainte-Anne), 1, rue Cabanis, Paris (XIV<sup>e</sup>). — 29 janvier 1906.  
 CARRETTE (Paul), 8, avenue du Onze-Novembre-1918, à Bellevue (Seine-et-Oise). — 31 mai 1926.  
 CÉNAC (M.), 3, rue Coetlogon, Paris (VI<sup>e</sup>). — 28 juin 1926.  
 CELLIER (André), 20, quai de Béthune, Paris (IV<sup>e</sup>). — 28 mai 1923.  
 CHARPENTIER (René), 119, rue Perronet, à Neuilly-sur-Seine (Seine). — 30 décembre 1907.  
 CLAUDE (Henri), 89, boulevard Malesherbes, Paris (VIII<sup>e</sup>). — 27 mars 1922.  
 CONBEMALE (P.), route d'Ypres, à Bailleul (Nord). — 28 mai 1931.  
 CODET (Henri), 10, rue de l'Odéon, Paris (VI<sup>e</sup>). — 29 décembre 1923.  
 COLLET (Georges), 6, avenue des Marronniers, à Fontenay-sous-Bois (Seine). — 23 février 1914.  
 COURBON (Paul), Asile Clinique (Sainte-Anne), 1, rue Cabanis, Paris (XIV<sup>e</sup>). — 18 décembre 1916.  
 CROUZON (Oct.), 70 bis, avenue d'Iéna, Paris (XVI<sup>e</sup>). — 28 janvier 1935.

- MM. DANJEAN (Alexis), Asile public d'aliénés d'Aix-en-Provence (Bouches-du-Rhône). — 28 mai 1931.
- DELMAS (Achille), 23, rue de la Mairie, à Ivry-sur-Seine (Seine). — 26 avril 1909.
- DEMAY (G.), Asile de Maison-Blanche, Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 27 juillet 1914.
- DESRUÉLLES (Maurice), Asile public d'aliénés de Saint-Ylie, par Dole (Jura). — 26 janvier 1931.
- DEVAUX (Albert), 117 bis, rue Perronet, à Neuilly-sur-Seine (Seine). — 24 juillet 1905.
- DIDE (M.), Asile de Braqueville, près Toulouse (Hte-Garonne). — 28 janvier 1901.
- DUMAS (Georges), 6, rue Garancière, Paris (VI<sup>e</sup>). — 28 juillet 1890.
- DUPAIN (J.-M.), 5, boulevard Saint-Michel, Paris (V<sup>e</sup>). — 25 juin 1888.
- DUPOUY (Roger), 15, Villa du Bel-Air, Paris (XII<sup>e</sup>). — 29 juillet 1907.
- EUZIÈRE (J.), 12, rue Marceau, à Montpellier (Hérault). — 28 mai 1931.
- FILLASSIER (M.-J.-A.), 10, quai Galliéni, à Suresnes (Seine). — 27 juin 1910.
- FRIBOURG-BLANC (A.), 15, rue Fays, à Saint-Mandé (Seine). — 22 décembre 1930.
- GENIL-PERRIN (Georges), 99, avenue La Bourdonnais, Paris (VII<sup>e</sup>). — 29 décembre 1919.
- GOURIOU (Paul), Asile de Maison-Blanche, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 27 avril 1931.
- GUICHARD (V.), 77, route de Levens, à Nice (Alpes-Maritimes). — 28 mai 1931.
- GUIRAUD (P.), Asile-Clinique (Sainte-Anne), 1, rue Cabanis, Paris (XIV<sup>e</sup>). — 27 novembre 1922.
- HALBERSTADT (Grégoire), Asile départemental de Saint-Venant (Pas-de-Calais). — 24 novembre 1919.
- HAMEL (J.), Maison de Santé de Maréville (Meurthe-et-Moselle). — 28 mai 1931.
- HARTENBERG (P.), 64, rue de Monceau, Paris (VIII<sup>e</sup>). — 24 juin 1907.
- HESNARD (A.), 4, rue Peiresc, à Toulon (Var). — 29 décembre 1923.
- HEUYER (Georges), 1, avenue Emile-Deschanel, Paris (VII<sup>e</sup>). — 27 décembre 1926.
- LAGRIFFE (L.), Asile des aliénés, à Quimper (Finistère). — 18 décembre 1905.
- LAIGNEL-LAVASTINE (M.), 12 bis, place Laborde, Paris (VIII<sup>e</sup>). — 28 juillet 1913.
- LARGEAU (Rob.), 29, rue de Clichy, Paris (IX<sup>e</sup>). — 22 décembre 1930.
- LAUZIER (Jean), Maison de Santé de Fitz-James, à Clermont-de-l'Oise. — 26 mars 1928.
- LÉPINE (Jean), 1, place Gailleton, à Lyon (Rhône). — 22 février 1909.
- LERAT (H.), Asile de Lafond, à La Rochelle (Charente-Inférieure). — 28 juillet 1913.
- LÉVY-VALENSI (J.), 48, avenue Victor-Hugo, Paris (XVI<sup>e</sup>). — 22 décembre 1930.
- LHERMITTE (J.), 9, rue Marbeuf, Paris (VIII<sup>e</sup>). — 28 avril 1924.
- LOGRE (B.), 49, avenue Montaigne, Paris (VIII<sup>e</sup>). — 28 juin 1920.

- MM. MAILLARD (Gaston), 2, rue Dispan, à l'Hay-les-Roses (Seine). — 22 décembre 1930.
- MALLET (Raymond), 22, avenue Mozart, Paris (XVI<sup>e</sup>). — 25 février 1918.
- MARCHAND (L.), 47, rue Falguière, Paris (XV<sup>e</sup>). — 25 mars 1901.
- MEURIOT (Henri), Château du Bel-Air, Villeneuve-Saint-Georges (Seine-et-Oise). — 27 décembre 1920.
- MIGNOT (Roger), Asile de Ville-Evrard, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 26 juin 1905.
- M<sup>me</sup> MINKOWSKA (Françoise), 132, boulevard Montparnasse, Paris (XIV<sup>e</sup>). — 25 mai 1925.
- MM. MINKOWSKI (Eugène), 132, boulevard Montparnasse, Paris (XIV<sup>e</sup>). — 25 mai 1925.
- NAYRAC (Paul), 25, boulevard Charles-Delesalle, à Lille (Nord). — 28 mai 1931.
- OLIVIER (Maurice), 34, avenue du Maréchal-Maunoury, à Blois (Loir-et-Cher). — 24 juin 1907.
- PASTUREL (Paul-Armand), Colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher). — 28 mai 1931.
- PÉRON (Noël), 10, quai Galliéni, à Suresnes (Seine). — 26 janvier 1931.
- PETIT (Georges), 2, avenue Jean-Jaurès, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 27 juin 1921.
- PORC'HER (Yves-J.-M.), Asile de Villejuif (Seine). — 23 janvier 1933.
- POROT (A.), Clinique Saint-Raphaël, El Biar, près Alger. — 25 novembre 1912.
- RAVIART (G.), 91, route d'Esquermes, à Lille (Nord). — 29 mai 1922.
- RAYNEAU (James-A.), 117, boulevard Jourdan, Paris (XIV<sup>e</sup>). — 28 mai 1909.
- RAYNIER (Julien), 190, avenue Daumesnil, Paris (XII<sup>e</sup>). — 28 février 1921.
- REVAULT D'ALLONNES (Gab.), Château du Bel-Air, à Villeneuve-Saint-Georges (Seine-et-Oise). — 30 juin 1919.
- ROBERT (J.), 37, rue Rouget-de-l'Isle, à Auch (Gers). — 26 juin 1922.
- RODIET (A.), Asile de Ville-Evrard, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 25 novembre 1907.
- ROGUES DE FURSAC (J.), Asile de Villejuif (Seine). — 28 février 1910.
- ROUBINOVITCH (Jacques), 3, rue de Médicis, Paris (VI<sup>e</sup>). — 27 juin 1892.
- ROUGEAN (R.), 12, rue Dagobert, à Saint-Lô (Manche). — 26 janvier 1931.
- SANTENOISE (Ach.), Asile public d'aliénés de Saint-Yllie, par Dole (Jura). — 28 mai 1931.
- SANTENOISE (Daniel), 96, rue de Strasbourg, à Nancy (Meurthe-et-Moselle). — 26 novembre 1923.
- SENGÈS (N.), Asile de Moisselles (Seine-et-Oise). — 22 décembre 1930.
- SIMON (Th.), Asile Clinique (Sainte-Anne), 1, rue Cabanis, Paris (XIV<sup>e</sup>). — 24 mai 1909.
- TARGOWLA (René), 169, rue de l'Université, Paris (VII<sup>e</sup>). — 29 décembre 1923.
- M<sup>me</sup> THUILLIER-LANDRY (L.), 102, rue de Grenelle, Paris (VII<sup>e</sup>). — 26 janvier 1931.
- M. TINEL (J.), 254, boulevard St-Germain, Paris (VII<sup>e</sup>). — 22 décembre 1930.

- MM. TOULOUSE (Ed.), 1, rue Cabanis, Paris (XIV<sup>e</sup>). — 27 juin 1892.  
 VIEUX (N.), à Divonne-les-Bains (Ain). — 24 juin 1912.  
 VIGNAUD (J.-B.), 4, avenue d'Orléans, Paris (XIV<sup>e</sup>). — 28 novembre 1927.  
 VINCHON (Jean), 108, rue du Bac, Paris (VII<sup>e</sup>). — 27 juin 1921.  
 VURFAS (Cl.), 161, rue de Charonne, Paris (XI<sup>e</sup>). — 27 juillet 1903.  
 WAHL (Maurice), Asile Saint-Pierre, à Marseille (Bouches-du-Rhône).  
 — 22 juillet 1901.  
 WALLON (Henri), 19, rue de la Tour, Paris (XVI<sup>e</sup>). — 22 décembre 1930.
- 

### Membres Correspondants Nationaux (121)

- MM. ADAM (Emile), Maison de Santé Saint-Georges, à Bourg (Ain). — 18 décembre 1934.  
 ADAM (Frantz), Asile de Rouffach (Haut-Rhin). — 23 février 1931.  
 ALBÈS, Asile de Châlons-sur-Marne (Marne). — 26 mai 1913.  
 ALLAMAGNY (P.), 46, boulevard Carnot, Le Vésinet (Seine-et-Oise). —  
 29 mars 1921.  
 ARTUR, 3, rue Amiral-Reveillère, à Brest (Finistère). — 22 juin 1931.  
 BARGUES (Roger), Asile public d'aliénés d'Agen (Lot-et-Garonne). —  
 26 novembre 1934.  
 BARRÉ (J.-A.), 8, avenue de la Paix, à Strasbourg (Bas-Rhin). — 26 jan-  
 vier 1931.  
 BEAUSSART (P.), Asile de Fleury-les-Aubrais (Loiret). — 25 novembre  
 1912.  
 BENON (R.-L.), Hospice Saint-Jacques, à Nantes (Loire-Inférieure). —  
 24 novembre 1919.  
 BOREL (J.), 4, avenue du Parc de Monsouris, Paris (XIV<sup>e</sup>). — 23 décem-  
 bre 1935.  
 BOUDON (L.), 179, boulevard Saint-Germain, Paris (VII<sup>e</sup>). — 28 juil-  
 let 1919.  
 BRETON (A.), 15, place Darcy, à Dijon (Côte-d'Or). — 27 novembre 1899.  
 BROUSSEAU (Albert), 109, avenue Henri-Martin, Paris (XVI<sup>e</sup>). — 30 jan-  
 vier 1922.  
 BURCKARD (E.), Asile de Stephansfeld (Bas-Rhin). — 27 juin 1932.  
 CALMETTES (Albert), Asile de Naugeat, à Limoges (Haute-Vienne). —  
 27 avril 1931.  
 CARON (Marcel), Asile de Chezal-Benoît (Cher). — 25 juin 1934.  
 CASALIS (B.-A.), 40, avenue Horace-Vernet, Le Vésinet (Seine-et-Oise).  
 — 23 décembre 1935.  
 CHARTIER (M.), 9 bis, avenue des Fleurs, à Nice (Alpes-Maritimes). —  
 26 janvier 1931.  
 CHÉNAIS (L.), 6, rue Piccini, Paris (XVI<sup>e</sup>). — 30 mars 1903.  
 CHRISTY (Henri-Ed.), Maison de Santé départementale, Le Mans (Sar-  
 the). — 24 juin 1935.  
 COLOLIAN (P.), 37 bis, rue de Ponthieu, Paris (VIII<sup>e</sup>). — 27 octobre  
 1902.

- MM. CORMAN (Louis), Hospice Général de Nantes (Loire-Inférieure). — 26 février 1934.
- CORNÉLIUS (René), 7, avenue Constant-Coquelin, Paris (VII<sup>e</sup>). — 22 décembre 1930.
- COSSA (Paul), 29, boulevard Victor-Hugo, à Nice (Alpes-Maritimes). — 22 juin 1931.
- COSTEDOAT (André), Ecole du Service de Santé Militaire, à Lyon (Rhône). — 24 juin 1935.
- COURJON (Jean), Asile privé de Meyzieux (Isère). — 29 juillet 1918.
- COURJON (Rémi), Asile privé de Meyzieux (Isère). — 28 octobre 1935.
- CUEL (J.-R.), 2, rue Dorian, Paris (XII<sup>e</sup>). — 23 janvier 1933.
- M<sup>lle</sup> CULLERRE (Elisabeth), Asile de Maréville (Meurthe-et-Moselle). — 18 décembre 1934.
- MM. DADAY (P.), 57, Grande-Rue, à Saint-Maurice (Seine). — 26 janvier 1931.
- DAUSSY (H.), Asile de Rennes (Ille-et-Vilaine). — 26 juin 1933.
- DECHAUME (Jean), 13, quai Victor-Augagneur, à Lyon (Rhône). — 26 novembre 1934.
- DELAVILLE (M.), 9, boulevard Malesherbes, Paris (VIII<sup>e</sup>). — 22 décembre 1930.
- DELMAS (Paul), 23, rue de la Mairie, à Ivry-sur-Seine (Seine). — 23 février 1931.
- DELMAS-MARSALET (A.), 79, Cours Aristide-Briand, à Bordeaux (Gironde). — 27 avril 1931.
- M<sup>lle</sup> DEROMBIES (M.), Asile Clinique (Sainte-Anne), 1, rue Cabanis, Paris (XIV<sup>e</sup>). — 23 décembre 1935.
- MM. DONNADIEU (A.), Asile de Ber-Rechid (Maroc). — 28 mai 1934.
- DUBLINEAU (J.), 104, rue de Roubaix, Armentières (Nord). — 27 février 1933.
- DUMOLARD (Léon), 64, rue d'Isly, à Alger. — 26 janvier 1931.
- DUPYTOU (Gabriel), 11, rue Armand-Barbès, à Limoges (Haute-Vienne). — 24 juin 1935.
- DURAND-SALADIN (Jean), 10, quai Galliéni, à Suresnes (Seine). — 24 juin 1935.
- EISSEN (Louis), Asile de Stephansfeld, à Brumath (Bas-Rhin). — 26 juin 1922.
- ERNST (Henri), à Divonne-les-Bains (Ain). — 28 mai 1931.
- EY (Henri), Asile de Bonneval (Eure-et-Loir). — 27 juin 1932.
- FOLLY (E.), 4, rue Lebeuf, Auxerre (Yonne). — 27 avril 1931.
- FREY (Bernard), Asile de Rouffach (Haut-Rhin). — 18 décembre 1934.
- FROMENTY (L.), 32, rue de l'Hospitalité, à Tours (Indre-et-Loire). — 28 décembre 1931.
- GALLAIS (Alf.), 58, rue de Rennes, Paris (VI<sup>e</sup>). — 22 décembre 1930.
- GAUTHIER (M.), Ecole du Service de Santé militaire, à Lyon (Rhône). — 26 novembre 1934.
- GILLES (André), Asile Saint-Luc, à Pau (Basses-Pyrénées). — 29 avril 1918.
- GONNET (A.), 21, rue Brossard, à Saint-Etienne (Loire). — 26 janvier 1931.
- GOT (Roger), Asile de Sarreguemines (Moselle). — 25 mars 1935.
- GRIMBERT (Ch.), 11, rue Duroc, Paris (VII<sup>e</sup>). — 30 mars 1931.
- HYVERT (M.), Asile de Dury-les-Amiens (Somme). — 26 janvier 1931.



- MM. JUDE (R.), Directeur du Service de Santé, 84A, rue de Lodi, Marseille (Bouches-du-Rhône). — 26 janvier 1931.
- LABUCHELLE (M.), 29, rue Naujac, à Bordeaux (Gironde). — 27 avril 1931.
- LACAN (Jacques), 149, rue de la Pompe, Paris (XVI<sup>e</sup>). — 22 octobre 1934.
- LAGACHE (Daniel), 10, rue Georges de Porto-Riche, Paris (XIV<sup>e</sup>). — 28 janvier 1935.
- LAHY (J.-M.), 22, avenue de l'Observatoire, Paris (V<sup>e</sup>). — 22 décembre 1930.
- LAMACHE (Alex.), 27, boulevard de la Liberté, à Rennes (Ille-et-Vilaine). — 23 février 1931.
- LARRIVÉ (E.), 192 bis, route de Vienne, à Lyon (Rhône). — 23 novembre 1931.
- LASSALE (Jean), Ecole d'Application du Service de Santé Militaire du Val-de-Grâce, 277 bis, rue Saint-Jacques, Paris (V<sup>e</sup>). — 24 juin 1935.
- LASSALLE (Pierre), Asile de Saint-Lizier (Ariège). — 22 février 1932.
- LECLERCQ (P.), 40, avenue Horace-Vernet, Le Vésinet (Seine-et-Oise). — 28 octobre 1935.
- LÉCULIER (Pierre), Asile du Bon-Sauveur, à Bégard (Côtes-du-Nord). — 25 juin 1934.
- LE GRAND (André), 27, rue de la Bassée, à Lille (Nord). — 23 avril 1934.
- LE GUILLANT (Louis), Asile de La Charité-sur-Loire (Nièvre). — 27 juin 1932.
- LEMOINE, à Levanges, par Decize (Nièvre). — 27 février 1888.
- LE SAVOUREUX (Henri), Maison de Santé de La Vallée-aux-Loups, à Châtenay-Malabry (Seine). — 24 juin 1935.
- LEULIER (P.-M.), 40, avenue Horace-Vernet, Le Vésinet (Seine-et-Oise). — 23 décembre 1935.
- LÊO (Pierre), Institut neuropsychiatrique de La Charité-sur-Loire (Nièvre). — 28 mai 1934.
- MACÉ DE LÉPINAY (Ch.), 4, rue d'Angivilliers, à Versailles (Seine-et-Oise). — 26 janvier 1931.
- MARESCHAL (Pierre), Hôpital de la Manouba (Tunisie). — 25 juin 1934.
- MARTIMOR (Emm.), Asile de Ville-Evrard, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 23 mai 1932.
- MARTIN-SISTERON (M.), 14, rue Edmond-Rey, à Grenoble (Isère). — 26 janvier 1931.
- M<sup>lle</sup> MARTRILLE (Denise), Etablissement neuropsychiatrique de La Charité-sur-Loire (Nièvre). — 22 octobre 1934.
- M. MASQUIN (Pierre), 10, rue d'Annanelle, à Avignon (Vaucluse). — 23 mai 1932.
- M<sup>me</sup> MASSON (Agnès), Asile de Saint-Alban (Lozère). — 27 janvier 1936.
- MM. MEIGNANT (Paul), 8, rue Saint-Lambert, à Nancy (Meurthe-et-Moselle). — 26 janvier 1931.
- MESTRALLET (André), 196, route de Vienne, à Lyon (Rhône). — 26 janvier 1932.
- MOLIN DE TEYSSIEU (Gérard), 14, rue Blanc-Dutrouilh, à Bordeaux (Gironde). — 28 novembre 1921.
- MONTASSUT (Marcel), 12, rue Quatrefages, Paris (V<sup>e</sup>). — 28 juin 1928.
- MORAT (Daniel), 10, rue Coutureau, à Saint-Cloud (Seine-et-Oise). — 22 février 1932.

- MM. OMBRÉDANE (André), 124, avenue Emile-Zola, Paris (XV<sup>e</sup>). — 25 avril 1932.
- OSSIP-LOURIÉ, 42, avenue de Wagram, Paris (VIII<sup>e</sup>). — 25 novembre 1912.
- PARANT (Victor), Saint-Loup par Saint-Géniès (Haute-Garonne). — 17 avril 1905.
- M<sup>lle</sup> PASCAL (C.), Asile de Maison-Blanche, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 26 juin 1911.
- MM. PAUL-BONCOUR (Georges), 164, faubourg Saint-Honoré, Paris (VIII<sup>e</sup>). — 27 avril 1925.
- PERPÈRE (Eugène), 4, rue des Marronniers, Paris (XVI<sup>e</sup>). — 24 décembre 1906.
- PERRUSSEL (Georges), Asile Saint-Pierre, à Marseille (Bouches-du-Rhône). — 28 mai 1931.
- PICARD (Jean), Asile de Bonneval (Eure-et-Loir). — 28 novembre 1932.
- PICHARD (Henry), 23, rue Saint-Germain, à Fontenay-sous-Bois (Seine). — 23 janvier 1933.
- POMMÉ (Bernard), 7, rue José-Maria-de-Heredia, Paris (VII<sup>e</sup>). — 26 novembre 1934.
- POTEL (R.), 57, rue du Port, à Lorient (Morbihan). — 29 décembre 1923.
- POTET (M.), Directeur du Service de Santé de la VII<sup>e</sup> Région à Besançon (Doubs). — 27 novembre 1933.
- PRINCE (A.), Asile de Rouffach (Haut-Rhin). — 25 février 1924.
- QUERCY (Pierre), Asile de Château-Picon, à Bordeaux (Gironde). — 23 décembre 1922.
- REBOUL-LACHAUX (Ch.), 8, boulevard Salvator, à Marseille (Bouches-du-Rhône). — 26 novembre 1923.
- RENAUX (J.), Asile de Saint-Gemmes, près Angers (Maine-et-Loire). — 31 mai 1920.
- RICHE (A.), 28, rue Drouot, Paris (II<sup>e</sup>). — 25 février 1905.
- ROBIN (Gilbert), 9, rue de Vézelay, Paris (VIII<sup>e</sup>). — 27 avril 1925.
- ROGER (Henri), 66, boulevard Notre-Dame, à Marseille (Bouches-du-Rhône). — 25 avril 1932.
- RONDEPIERRE (Jacques), Asile de Fains (Meuse). — 23 décembre 1932.
- ROUART (J.), 40, rue de Villejust, Paris (XVI<sup>e</sup>). — 23 décembre 1935.
- RUBENOVITCH (P.), 15, rue Saint-Simon, Paris (VII<sup>e</sup>). — 23 décembre 1935.
- SCHAEFFER (Henri), 170, rue de la Pompe, Paris (XVI<sup>e</sup>). — 22 décembre 1930.
- SCHIFF (Paul), 14, rue César-Franck, Paris (XV<sup>e</sup>). — 22 décembre 1930.
- SCHÜTZENBERGER (Pierre), 34, avenue du Maréchal-Maunoury, à Blois (Loir-et-Cher). — 18 décembre 1934.
- SIVADON (Paul), 45, rue Polissard, à Bondy (Seine). — 25 novembre 1935.
- SIZARET (J.), Asile d'aliénés de Pontorson (Manche). — 27 février 1905.
- TOYE (G.-P.), 11, rue Carlenças, à Montpellier (Hérault). — 28 octobre 1935.
- TRILLOT (Jean), Asile du Bon-Sauveur, à Albi (Tarn). — 24 juin 1935.
- TRIVAS (J.), Asile de Niort (Deux-Sèvres). — 25 avril 1932.
- VERNET (Georges), Asile de Beauregard, à Bourges (Cher). — 28 novembre 1904.
- VIAN (L.), 49, rue Pastorelli, à Nice (Alpes-Maritimes). — 28 juin 1920.

- MM. VIÉ (J.), Colonie familiale d'Ainay-le-Château (Allier). — 22 décembre 1930.
- VIGNERON D'HEUCQUEVILLE (G.), Asile de Bailleul (Nord). — 23 janvier 1933.
- VILLEY-DESMESERETS (G.), 130, rue de la Glacière, Paris (XIII<sup>e</sup>). — 23 février 1931.
- VOIVENEL (Paul), 18, rue de la Dalbade, à Toulouse (Haute-Garonne). — 28 juillet 1913.
- M<sup>lle</sup> WEINBERG, 20, rue Daviel, Paris (XIII<sup>e</sup>). — 22 décembre 1930.

## Membres associés étrangers (169)

### Amérique (Etats-Unis d')

- M<sup>me</sup> ALEXANDER (Harriet-C.-B.), 303, Ravine Drive, Highland Park (Illinois). — 25 mars 1912.
- MM. BLUMER (George-Adler), Superintendent Emeritus, Butler Hospital, 196, Blackstone Blvd, Providence (Rhode Island). — 30 octobre 1899.
- BRIGGS (L.-Vernon), 64, Beacon Street, Boston (Massachusetts). — 27 novembre 1916.
- CAMPBELL (C.-Macfie), Director, Boston Psychopathic Hospital, 74, Fenwood Road, Boston (Massachusetts). — 28 mai 1931.
- FARNELL (Frederick-J.), 577, Angell Street, Providence (Rhode Island). — 30 novembre 1925.
- GORDON (Alfred), 1812, Spruce Street, Philadelphie (Pennsylvania). — 22 février 1909.
- GREENE (Ransom-A.), Superintendent, Walter E. Fernald State School, Waverley (Massachusetts). — 28 mai 1931.
- JELLIFFE (Smith Ely), Managing editor of the *Journal of Nervous and Mental Disease*, 64, West 56<sup>th</sup> Street, New-York City. — 28 mai 1934.
- LIBER (Amour-F.), Neurological Hospital, Welfare Island, New-York City. — 18 décembre 1934.
- MAY (James V.), Superintendent, Boston State Hospital, Dorchester Center (Massachusetts). — 27 novembre 1933.
- M<sup>lle</sup> ROBINOVITCH (Louise-G.), Golden (Colorado). — 30 octobre 1899.
- MM. ROSANOFF (Aaron-J.), 2007, Wilshire Blvd., Los-Angeles (California). — 28 mai 1931.
- THOM (Douglas-A.), 520, Commonwealth Avenue, Boston (Massachusetts). — 28 novembre 1927.

### Argentine (République)

- MM. BOSCH (Gonzalo), Professeur à l'Université du Littoral, Directeur de l'Hospicio de las Mercedes, Buenos-Aires. — 27 février 1933.
- DELFINO (Victor), Buenos-Aires. — 22 mars 1910.
- DIMITRI (Vicente), Professeur de Neurologie à la Faculté de Médecine de Buenos-Aires, Chef du Service de Neurologie de l'Hôpital de Alvear, Suipacha, 819, Buenos-Aires. — 23 avril 1934.

- MM. GORRITI (Fernando), Vice-Directeur de la Colonie Nationale d'Aliénés  
« D<sup>r</sup> Domingo Cabred », Bulnes, 945, Buenos-Aires. — 23 février 1931.
- LÓPEZ (Lucio-Vicente), 419, Tucumán, Buenos-Aires. — 23 février 1931.
- PINERO (Hector-M.), Secretario de la Sociedad de Neurologia y Psiquiatria, 1686, Tucumán, Buenos-Aires. — 23 février 1931.
- ROJAS (Nerio), Professeur de Médecine légale à l'Université, 736, Rodriguez Peña, Buenos-Aires. — 26 janvier 1932.

## Autriche

- M. WAGNER-JAUREGG, Professeur, 18, Mandesgerichtsstrasse, Vienne. — 27 avril 1931.

## Belgique

- MM. DE CRAENE (Ern.), Agrégé à l'Université, 48, rue du Lac, Bruxelles. — 30 mai 1929.
- D'HOLLANDER, Professeur à l'Université, 86, rue Vital-Decoster, Louvain. — 25 novembre 1907.
- DU CHATEAU, Inspecteur général, 36, rue Alfred-Giron, Bruxelles. — 26 février 1900.
- FRANCOTTE, Professeur à l'Université, 15, quai de Grande-Bretagne, Liège. — 31 décembre 1894.
- HOEDEMAKERS (W.), Médecin du Service d'Anthropologie pénitentiaire, 11, avenue Michel-Ange, Bruxelles. — 29 décembre 1921.
- HOVEN, Médecin-directeur de l'Asile d'aliénés de l'Etat, Mons. — 25 novembre 1918.
- LEY (Auguste), Professeur à l'Université, 200, avenue du Prince-d'Orange, Uccle-lès-Bruxelles. — 29 mai 1922.
- LEY (Jacques), Agrégé de l'Enseignement Supérieur, 11, rue de la Luzerne, Bruxelles, 3. — 22 octobre 1934.
- LEROY (Alphonse), Médecin-Chef du Sanatorium Sainte-Agathe, Liège. — 25 avril 1932.
- MEEUS, Médecin en chef de l'Asile de Mortsel, 21, rue des Nerviens, Anvers. — 29 février 1904.
- SANO (Fritz), Médecin-directeur de la Colonie familiale de Gheel. — 30 octobre 1899.
- TITECA (Jean), Agrégé de l'Université, Médecin-Chef du Centre neuro-psychiatrique, 28, Chaussée de Dieleghem, Jette-Bruxelles. — 25 novembre 1935.
- VAN BOGAERT (Ludo), Agrégé à l'Université de Bruxelles, 22, rue d'Aremberg, Anvers. — 18 décembre 1934.
- M<sup>me</sup> VANDERVELDE-BEECKMAN, Médecin du Service d'Anthropologie pénitentiaire, Résidence-Palace, rue de la Loi, Bruxelles. — 30 mai 1929.
- MM. VERMEYLEN (G.), Professeur à l'Université, Médecin principal de l'Institut Universitaire de Psychiatrie, 28, rue Saint-Bernard, Bruxelles. — 28 février 1931.
- VERSTRAETEN (Paul), Médecin en Chef de l'Institut Caritas, à Melle, près Gand. — 28 mai 1934.
- VERVAECK (Louis), Directeur général du Service d'Anthropologie pénitentiaire, 35, rue Verhulst, Uccle-lès-Bruxelles. — 30 mai 1929.

- MM. VERVAECK (Paul), Inspecteur des Asiles et Internats médico-pédagogiques, 35, rue Verhulst, Uccle-lèz-Bruxelles. — 25 novembre 1935.  
 VILLERS, Agrégé à l'Université, 31, rue Montoyer, Bruxelles. — 26 février 1900.

## Brésil

- MM. FERRAZ-ALVIM (James), 29, rue Benjamin-Constant, São-Paulo. — 28 octobre 1935.  
 OLINTO (Plinio), 890, Copacabana, Rio-de-Janeiro. — 22 juin 1931.  
 PACHECO E SILVA (A.-C.), Hôpital de Juquery, São-Paulo. — 22 juin 1931.  
 PEIXOTO (Afranio), Professeur de Médecine légale à la Faculté, Rio-de-Janeiro. — 29 février 1904.  
 ROCHA (Franco da), Directeur-Médecin de l'Hôpital de Juquery, São-Paulo. — 24 décembre 1906.  
 ROXO (Henrique de Brito Belford), Professeur de Clinique psychiatrique à l'Université, Rio-de-Janeiro. — 26 mai 1924.  
 SOUZA-LEITE (José), ancien Interne des Asiles de la Seine, Bahia. — 11 novembre 1889.  
 VIANNA (Ulysses), Professeur, 106, calle Alvaro-Ramos, Rio-de-Janeiro, — 27 avril 1931.

## Grande-Bretagne

- Sir ARMSTRONG-JONES, Lord Chancellor's Visitor in Lunacy, 9, Bramham Gardens, London, S. W. 5. — 26 janvier 1931.  
 M. BOLTON (Joseph Shaw), Professor, West Riding Mental Hospital, Wakefield (England). — 28 novembre 1927.  
 Sir BOND (Hubert), Commissioner of the Board of Control, Caxton House West, Tothill Street, Westminster, London S. W. — 30 mai 1926.  
 MM. BRUCE (Alexander-Ninian), 8, Ainslie Place, Edinburgh (Scotland). — 28 novembre 1927.  
 CHAMBERS (James), The Priory, Roehampton (England). — 25 mai 1912.  
 Sir CRICHTON-BROWNE (James), ancien Lord Chancellor's Visitor, 45, Hans Place, London S. W. 1. — 31 octobre 1881.  
 MM. GOODALL (Edwin), « Fairlawn », Kingsway, Hove, Sussex (England). — 30 juin 1902.  
 GORDON (George), 14, Guessens Court, Welwyn Garden City, Herts (England). — 29 mai 1922.  
 JAMES (G. W. B.), Médecin psychiatre du St-Mary's Hospital, 124, Harley Street, London W. 1. — 26 novembre 1934.  
 MARR (Hamilton), 10, Succoth Avenue, Edinburgh (Scotland). — 30 mai 1927.  
 Ross (Donald), Argyll and Bute Asylum, Lochgilphead, Argyll Scotland). — 30 mai 1927.  
 RUTHERFORD (James), Brislington House, Bristol (England). — 31 octobre 1881.  
 SMITH (Percy), ancien Superintendent de l'Hôpital de Bethlem, 42 Albion Street, London, W. 2. — 24 juin 1895.  
 WORTH (Reginald), Springfield Mental Hospital, Tooting, London, S. W. 17. — 28 novembre 1927.



## Canada

- MM. CARON (Sylvio), professeur agrégé à l'Université Laval, Médecin de l'Hôpital Saint-Michel-Archange, Mastai, Québec. — 26 janvier 1932.
- CHAGNON, Médecin de l'Hôtel de Ville, Département de la Santé, Montréal. — 27 mars 1899.
- DESLOGES (A.-H.), Directeur médical général des Hôpitaux d'aliénés, 515, Saint-Gabriel, Montréal. — 30 mars 1931.
- DEVLIN, ancien Surintendant médical de l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu, près Montréal. — 30 mars 1931.
- LARIVIÈRE (Paul), Médecin de l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu, Montréal. — 27 juin 1932.
- LEFEBURE DE BELLEFEUILLE (Gaston), Professeur à l'Université de Montréal, médecin de l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu. — 30 mars 1931.
- MILLER (J.-Ch.), Médecin de l'Ecole La Jemmerais, Mastai, Québec. — 27 juin 1927.
- NOËL (Omer), Surintendant médical, Hôpital Saint-Jean-de-Dieu, près Montréal. — 30 janvier 1928.
- PLOUFFE (Daniel), Surintendant médical, Hôpital de Bordeaux, près Montréal. — 30 janvier 1928.
- ROY (C.-S.), Surintendant médical, Hôpital Saint-Michel-Archange, Mastai, Québec. — 30 mars 1931.

## Chili

- MM. BECA (Manuel), casa de Crates, Santiago. — 29 mars 1897.
- FONTECILLA (Oscar), Professeur, 330, Sante-Lucia, Santiago. — 28 mai 1931.

## Colombie

- M. MAXIMILIANO RUEDA (G.), Professeur de Psychiatrie à la Faculté, Médecin en Chef de l'Asile d'aliénés, Bogota. — 26 février 1934.

## Cuba

- M. VALDES ANCIANO (J.-A.), Professeur à l'Université de La Havane. — 28 novembre 1910.

## Danemark

- MM. CHRISTIANSEN (Viggo), 18, Lille Strandweg, Hellerup, Copenhague. — 28 juin 1926.
- WIMMER (Aug.), Doyen de la Faculté de Médecine, Universitets Laboratorium, 15, Nødvoldgade, Copenhague. — 28 février 1918.

## Egypte

- M. HADGES, Le Caire. — 11 novembre 1889.

## Espagne

- MM. ALVAREZ Y G. SALAZAR, 2, c. Conde de Xiquerra, Madrid. — 28 mai 1931
- BRAVO Y MORENO (F.), Médecin-légiste, 76, c. Salméron, Barcelone. — 25 juillet 1910.

- MM. GERMAIN-CEBRIAN (José), Chef de la Section de psychiatrie et d'hygiène mentale de la Direction générale de Santé, Directeur de l'Institut psychotechnique, 7, Espalter, Madrid. — 26 novembre 1934.
- GIMENO-RIERA (J.), Médecin-directeur de l'Asile d'aliénés, 2, Paseo de Pamplona, Saragosse. — 30 mai 1910.
- IRIGOYEN (José-Ciriaco), 369, Avenida 14 de Abril, Barcelone. — 23 novembre 1909.
- RODRIGUEZ-ARIAS (Belarmino), Professeur à la Faculté de Médecine, via Augusta, 61, Barcelone. — 26 mars 1923.
- VIVES (Salvador), 88, c. Caspe, Barcelone. — 26 juillet 1921.

### Esthonie

- M. PUUSEPP (Louis), Professeur à l'Université Karlova, à Tartu. — 30 mai 1927.

### Grèce

- MM. CATSARAS (Michel), Professeur à l'Université, membre de l'Académie de Médecine, 1, rue Mavromichali, Athènes. — 25 octobre 1886.
- KOURÉTAS (Démètre), Chargé de Cours à l'Ecole du Service de Santé Militaire, 33, rue Solonos, Athènes. — 27 novembre 1933.
- LOVERDO (G. de), Secrétaire général de la Société de neurologie et de psychiatrie, 21, rue Sina, Athènes. — 18 décembre 1934.
- MITAFTIS (Télémaque), Professeur agrégé à l'Université, 68, rue de l'Académie, Athènes. — 30 octobre 1889.
- TRIANOTAPHYLLOS (Denis), 1, rue Deligeorgi, Athènes. — 30 mars 1931.
- VLAVIANOS (S.), Professeur agrégé à l'Université, 16, rue Zinonos, Athènes. — 25 mai 1912.
- VLAVIANOS (Georges-J.), Chef de clinique des maladies nerveuses et mentales à l'Université, 53, rue Patission, Athènes. — 18 décembre 1934.
- YANNIRIS, Médecin de l'Asile de Domocaitis. — 28 mai 1900.

### Haïti

- M. MARS (Louis), à Pétionville. — 24 juin 1935.

### Hollande

- MM. BOUMAN (L.), Professeur à l'Université d'Utrecht. — 30 mai 1927.
- VAN DER SCHEER, Professeur à l'Université de Groningen. — 22 février 1932.

### Italie

- MM. ALBERTI (Angelo), Directeur de l'Asile d'aliénés de Genova. — 30 décembre 1907.
- ANTONINI (Giuseppe), ancien Directeur de l'Asile d'aliénés de Mombello (Milan). — 27 juin 1904.
- BACCELLI (Mario), Médecin-chef de l'Asile d'aliénés de Como. — 20 février 1914.
- BOSCHI (Gaetano), Directeur de l'Asile d'aliénés de Ferrara. — 29 décembre 1913.

- MM. CAPPELLETTI (Luigi), Directeur des Asiles d'aliénés de Venezia. —  
28 mai 1906.
- CASCELLA (Francesco), Médecin en chef de l'Asile d'aliénés d'Aversa. —  
30 mars 1896.
- CAZZAMALLI (Ferdinando), privat-docent de psychiatrie, Milan. — 20  
février 1911.
- DEL GRECO (Francesco), Directeur de l'Asile d'aliénés d'Aquila. —  
27 juillet 1903.
- DONAGGIO (Arturo), Doyen de la Faculté de Médecine de Modena. —  
28 mai 1931.
- D'ORMEA (Antonio), Directeur de l'Asile d'aliénés de Siena. — 29 juin  
1908.
- FORNACA (Giacinto), Médecin en chef de l'Asile d'aliénés de S. Onofrio,  
Rome. — 30 novembre 1908.
- GUALINO (Lorenzo), Médecin en chef de l'Asile d'aliénés d'Alexandrie. —  
29 juin 1914.
- LAMBRANZI (Ruggero), Directeur de l'Asile d'aliénés de Vérone. —  
13 juillet 1906.
- LÉVI-BIANCHINI (Marco), Directeur de l'Asile d'aliénés de Nocera-Infe-  
riore. — 27 mars 1916.
- LUCANGELI (Gian-Luca), 19, via Cola da Rienzo, Rome. — 31 juillet 1911.
- MAGGIOTTO (Ferdinando), Directeur de l'Asile d'aliénés de Como. —  
29 janvier 1912.
- MARAGNANI (Luigi), Médecin en chef de l'Asile d'aliénés d'Alexandrie. —  
27 juillet 1914.
- MEDEA (Eugenio), Chargé de cours à l'Université de Milan. — 28 juillet  
1902.
- MUGGIA (Giuseppe), Directeur de l'Asile d'aliénés de Sondrio. —  
25 novembre 1907.
- PADOVANI (Emilio), Directeur de l'Asile d'aliénés de Rovigo. —  
20 février 1914.
- RIVA (Gaetano), ancien Directeur de l'Asile d'aliénés d'Ancône. —  
27 mars 1882.
- RUATA (Guido), Directeur de l'Asile d'aliénés de Novara. — 24 juin 1912.
- SALERNI (Alcardo), Vice-directeur de l'Asile de Vérone. — 27 mars 1911.
- SANGUINETI (L. R.), Expert psychiatre près la Cour d'Appel de Gênes,  
2, via Serbelloni, Milan. — 28 mai 1934.
- SAPORITO (Filippo), Directeur du Manicome judiciaire d'Aversa. —  
19 décembre 1904.
- SEPPILLI (Giuseppe), Directeur de l'Asile d'aliénés de Brescia. —  
27 mars 1882.
- TAMBRONI (Ruggero), ancien Directeur de l'Asile d'aliénés de Ferrara. —  
28 avril 1902.
- TAMBURINI (Arrigo), Médecin en chef de l'Asile d'aliénés d'Ancône. —  
17 mai 1916.

### Norvège

- MM. EVENSEN (Hans), Médecin-directeur de l'Asile de Gaustad, près Oslo. —  
29 avril 1907.
- TIDEMAND-JOHANESSEN, Oslo. — 25 avril 1921.

## Pérou

- M. TRELLES (Jules-Oscar), Professeur agrégé à la Faculté de Médecine, Apartado, 2.184, Lima. — 25 mars 1935.

## Pologne

- MM. ORZECZOWSKI (Casimir), Professeur à l'Université, 6, place Napoléon, Varsovie. — 22 juin 1931.  
SCHMIERGELD, 27, rue Srodmiejska, Lodz. — 29 juin 1908.

## Portugal

- MM. BAHIA JUNIOR, Hospital Conde Ferreira, Porto. — 30 mars 1931.  
BETTENCOURT (Rodriguès), 3, rua da Imprensa, Lisbonne. — 25 juillet 1887.  
MARTINS (Lopès), Professeur, à l'Université, Porto. — 29 juillet 1908.  
MOURA (Elysio de), Professeur de neurologie et de psychiatrie à l'Université de Coïmbra. — 26 novembre 1934.

## Roumanie

- MM. CAHANE MARES, Médecin-Chef de l'Hôpital des Maladies mentales et nerveuses, Diciosanmartin (Transylvanie). — 22 octobre 1934.  
DIMOLESCU (Alfred), Médecin de l'Hôpital Central des Maladies mentales et nerveuses, Bucarest, 2 bis, rue de la Mélodie. — 23 mai 1932.  
PADEANO, Assistant à la Clinique psychiatrique de Bucarest, 22, Str. Washington. — 23 mai 1932.  
PARHON (C.-I.), Professeur à la Faculté de Médecine, 3, rue Lutérane, Bucarest. — 26 janvier 1931.  
PAULIAN (Démètre-Em.), Médecin-chef à l'Hôpital Central des maladies mentales et nerveuses, conférencier à la Faculté de Médecine, 31, Str. Armenească, Bucarest. — 26 janvier 1931.  
PITULESCO (Pierre), 2, Strada Episcopici, Bucarest. — 27 avril 1931.  
STANESCO (Jean), Médecin de l'Hôpital pour Maladies mentales et nerveuses de Sibiu, 10, rue Deparateanu, Bucarest. — 24 octobre 1932.  
URECHIA (C. I.), Professeur à l'Université, 1, rue Pasteur, Cluj. — 30 mars 1931.

## Suède

- M. KINBERG (Olof), Professeur, Saltsjöbaden. — 28 mai 1931.

## Suisse

- MM. BERSOT (Henri), Clinique Bellevue, Le Landeron Neuchâtel. — 27 décembre 1926.  
BOVEN (William), privat-docent à l'Université, 2, avenue de la Gare, Lausanne. — 31 octobre 1927.  
FLOURNOY (Henri), privat-docent à l'Université, 6, rue Monnetier, Genève. — 27 novembre 1922.  
FOREL (O.-L.), privat-docent à l'Université de Genève, Médecin-chef des Cliniques de Prangins, à Nyon. — 23 novembre 1930.

- MM. LADAME (Charles), Professeur de Clinique des maladies mentales à l'Université, Directeur de l'Asile Clinique psychiatrique de Bel-Air, Genève. — 26 février 1912.
- MARTIN (Joannès), Professeur honoraire de médecine mentale à l'Université Veyrier, Genève. — 26 février 1895.
- MINKOWSKI (M.), Professeur de Neurologie à l'Université, Freiestrasse 55, Zurich. — 28 janvier 1935.
- MOREL (Ferdinand), Privat-docent à l'Université de Genève, Médecin-adjoint à la Clinique psychiatrique de Bel-Air. — 18 décembre 1934.
- NAVILLE (F.), Professeur de Médecine légale à l'Université, 8, rue Saint-Léger, Genève. — 30 juin 1930.
- REPOND (André), Directeur de la Maison de Santé de Malévoz, Monthey, Valais. — 28 novembre 1927.
- SAUSEURE (Raymond de), Privat-docent à l'Université, 2, Tertasse, Genève. — 25 mars 1929.
- STECK (Hans-Theodor), Privat-docent à la Faculté de Médecine, Sous-Directeur de l'Asile de Céry-sur-Lausanne. — 25 février 1935.
- WEBER (R.), Professeur honoraire de l'Université, villa Sismondi, Chêne, Genève. — 23 février 1931.

#### Tchécoslovaquie

- MM. HASKOVEC (Ladislav), Professeur à l'Université Tchécoslovaque, 3, Mezihranská, Prague. — 27 mars 1905.
- SEBEK (Jean), professeur agrégé de neuro-pathologie à l'Université Tchécoslovaque, 1, U. Karlova, Prague II. — 23 décembre 1932.
- STUCKLIK (Jaroslav), Médecin-directeur de l'Asile d'Etat d'aliénés de Kosice. — 31 octobre 1921.

#### Turquie

- MM. CONOS (B.), Médecin en chef du Service des maladies nerveuses et mentales aux Hôpitaux grecs de Baloukli, place du Tunnel, Péra. — 26 janvier 1931.
- MAZHAR (Osman), Directeur-médecin en chef de l'Asile des aliénés d'Istanbul. — 28 mai 1931.
- ZIMALAKIS, Médecin-chef des Hôpitaux grecs de Constantinople. — 28 avril 1913.

#### U. R. S. S.

- MM. CHOROSCHKO, Professeur à la Clinique neurologique de Moscou. — 30 mai 1927.
- JOUCHTCHENKO (A.-J.), Professeur à l'Université de Kharkow. — 28 juillet 1913.
- TRETIAKOFF, de Moscou, Hospice de Juquery (Brésil). — 25 octobre 1916.

#### Uruguay

- MM. ETCHEPARE (Bernardo), ancien Professeur de Clinique des maladies mentales à l'Université de Montevideo. — 24 mai 1909.
- ROSSI (Santin-Carlos), Professeur de Clinica Psiquiátrica, 1296, Ibicuy, Montevideo. — 30 mars 1931.
- SICCO (Antonio), Hospital Vilardebo, Montevideo. — 30 mars 1931.



*Séance du Jeudi 9 Janvier 1936*

---

Présidence : M. VURPAS, président

---

### PRÉSENTATIONS

**Syndrome infundibulaire, trophœdème et troubles mentaux,**  
par MM. Paul COURBON et C. FEUILLET.

La malade que nous présentons est une arriérée mentale qui arrive lentement à la démence à l'âge de 32 ans : après avoir présenté, depuis la puberté, des troubles neuro-végétatifs à progression continue et lente.

Elle a été internée une première fois du 1<sup>er</sup> octobre 34 au 3 novembre 35.

Reprise par sa mère non améliorée, elle est internée de nouveau le 23 novembre de la même année.

Les renseignements fournis par la mère permettent de reconstituer l'histoire suivante.

Malade née à terme, après un accouchement normal sans traumatisme. Elle a parlé et marché tard, vers 20 mois — et bavé jusque vers 12 ans. Elle a été en classe jusqu'à 14 ans, sans obtenir son certificat d'études. « C'était, nous dit sa mère, une bonne petite très affectueuse, mais elle avait la tête trop dure. » Depuis sa sortie de l'école elle vivait avec sa mère et un frère et travaillait à de petites besognes d'emballage et d'étiquetage dans diverses maisons de parfumerie où elle était peu payée.

Elle a été réglée à 14 ans — depuis les règles ont toujours été régulières, indolores, mais très abondantes — durant 5 à 6 jours. C'est de cette période pubérale que datent les modifications morphologiques des jambes et du visage.

Le début s'en est fait d'abord à la jambe droite par un bourrelet sus-malléolaire, puis l'hypertrophie a subi une extension ascendante, le pied restant relativement indemne.

La jambe gauche n'a été prise qu'ultérieurement. L'augmentation en est surtout manifeste depuis 4 ans. Il en est de même de l'hypertrophie nasale.

L'adiposité et la polyurie semblent n'être apparues que ces dernières années. Les troubles mentaux, hallucinatoires et délirants sont survenus en dernier lieu.

La mère de la malade en fait remonter le début à juillet 34 et les attribue au choc affectif produit par la mort brusque du père. Vers la même époque il semble qu'il y ait eu une courte phase de micropsie, « pendant plusieurs jours elle voyait tout, tout petit ». Quant aux troubles mentaux ayant nécessité l'internement et qui continuent à évoluer ils consistent en idées hypochondriaques absurdes : « on lui a pris son corps — elle ne se sent plus dans son corps normal, elle est bizarre, on la travaille dans le ventre, on lui a pris son pouce et ses doigts, autrefois elle avait de gros doigts, et elle ne les a plus, on lui a pris aussi, ses oreilles — elle a dans le nez un enfant de 9 mois qui s'appelle Jacques ». A ces troubles hypochondriaques se joignent des idées de persécution : « ce sont les voisins du dessus qui lui ont pris son corps — ils veulent l'empêcher de se marier et ce sont eux qui ont fait mourir son père ». Elle a des crises où elle les menace et les insulte.

Il existe encore des troubles psycho-sensoriels : « ses voisins lui parlent, disent qu'il lui ont pris son corps et qu'ils vont le lui rendre. Elle entend aussi un des médecins qui l'ont examinée à Ste-Anne : « il me parle tout le temps, il me dit que je suis sa femme, il m'en dit tant que je perds la tête ».

Ces idées sont d'ailleurs floues et contradictoires avec une certaine conscience de l'état morbide, « c'est peut-être des idées de malade que je me fais », dit-elle.

Il faut noter le caractère érotique de certaines de ses idées, et l'allure provocante de son décolletage quand un homme s'approche d'elle.

A l'asile elle est inerte et totalement inactive avec, par intermittence, gâtisme. Parfois on constate une *flexibilitas cerea* très nette avec conservation des attitudes.

Dans les antécédents personnels on ne relève que la coqueluche à 6 ans, la scarlatine à 7 ans, à 15 ans un épisode très grave avec asphyxie, étiqueté congestion pulmonaire et qui a nécessité un séjour de 3 mois à Bretonneau.

Antécédents familiaux : Mère, 65 ans, bien portante, fausse couche spontanée de 3 mois. Une sœur morte en 1913, à 18 ans, de la grippe espagnole ; un frère et une sœur bien portants.

A l'examen, le faciès exprime une euphorie niaise, il est séborrhéique, congestif avec tendance à la cyanose. L'hypertrophie du nez lui donne un aspect acromégaloïde. Le cou est court, la tête portée en avant. Le tronc présente une exagération de la cyphose dorsale avec saillie du ventre en avant. On note encore une adiposité notable diffuse prédominant toutefois à l'abdomen, aux hanches, et aux cuisses. Le poids a augmenté de près de 12 kgr. dans l'année.

Aux membres inférieurs augmentation considérable du volume des

jambes, avec aspect cylindrique ; cette hypertrophie est asymétrique, avec prédominance à droite. Elle résulte d'une infiltration élastique ferme, ne gardant pas le godet, de topographie segmentaire puisqu'elle épargne relativement l'avant-pied et fait place au-dessus du genou à la simple adiposité de la cuisse. La peau à ce niveau est d'aspect normal dans le décubitus, mais il se produit dans la station debout de la cyanose avec froideur des téguments.

Les mains présentent également des modifications morphologiques remarquables. Elles sont petites avec des doigts effilés, cette hypotrophie porte surtout sur les 2 phalanges terminales et semble intéresser l'os comme les parties molles.

Depuis l'âge de 15 ans, chute progressive des dents ; à l'heure actuelle seules persistent les incisives, canines et les pré-molaires de la mâchoire inférieure.

A l'examen neurologique on trouve une vivacité anormale de tous les réflexes tendineux.

Le réflexe cutané plantaire donne un léger éventail des orteils avec parfois ébauche d'extension du gros orteil.

On note encore une certaine bradykinésie, la parole est lente et monotone ; le faciès hypomimique ; les bras ne balancent pas à la marche. Nous avons déjà signalé les troubles vasculaires et l'aspect séborrhéique du faciès. Il existe de plus un dermographisme léger du tronc.

Par ailleurs, aucun signe neurologique en dehors d'une légère inégalité pupillaire avec contraction peu intense à la lumière. La ponction lombaire, l'examen du fond d'œil et du champ visuel ont donné des résultats entièrement normaux.

Le reste de l'examen clinique ne montre pas de signes viscéraux en dehors d'une polyurie permanente se maintenant aux environs de 3 litres. Les urines sont normales à la dilution près. Les éliminations en 24 heures sont comparables aux chiffres normaux. Les accès de somnolence diurne accusés spontanément par la malade et confirmés par l'entourage, ne sont pas constatables actuellement. Les règles sont abondantes et prolongées.

Les examens spéciaux pratiqués : dosage du glucose sanguin, de la cholestérinémie, de l'urée sanguine, la numération globulaire, le taux de l'hémoglobine, la composition protéique du sérum ont donné des chiffres normaux.

En somme, il s'agit d'une débile mentale profonde âgée de 32 ans qui, depuis la puberté, présente des troubles de la morphologie dont le développement s'accroît de plus en plus (trophœdème des 2 membres inférieurs, effilement des doigts, faciès acromégaloïde), qui, depuis l'âge de 30 ans, présente un délire polymorphe à marche torpide (idées de transformation corporelle et de persécution, hallucinations, manifestations d'éro-

tisme) et qui, à tous les troubles précédents, ajoute, depuis ces derniers mois, de nouveaux signes physiques (hypersomnie, obésité, polyurie) et de nouveaux signes mentaux (affaiblissement dementiel et gâtisme).

Le classement nosologique de cet ensemble de syndromes est difficile, car les symptômes de la plupart sont frustes et quelquefois paradoxaux.

On peut rattacher au syndrome infundibulaire la polyurie, l'obésité et l'hypersomnie ; mais au lieu de l'hypogénitalité décrite par Babinski et Fröhlich, on constate de l'excitation sexuelle, des organes génitaux bien développés, une pilosité normale, des règles abondantes.

L'hypertrophie du nez peut évoquer celle de l'acromégalie ; mais elle ne s'accompagne pas des autres déformations produites par les lésions hypophysaires. Les doigts, au contraire, sont effilés. La radiographie ne révèle aucune anomalie.

L'hypomimie, la lenteur des mouvements, l'absence de balancement des membres supérieurs pendant la marche, joints à l'hypersomnie, peuvent faire penser à un parkinsonisme fruste, mais le signe de l'éventail et l'exagération des réflexes prouvent que la voie pyramidale, elle aussi, est touchée.

Le syndrome mental lui-même n'est pas de ceux que l'on rencontre dans la clinique courante puisqu'il s'agit d'un état de débilité évoluant lentement vers la démence.

Il n'y a que le trophœdème dur, blanc, indolore, asymétrique, segmentaire, aux membres inférieurs, qui correspond à la description classique de Meige. Ce syndrome, d'après les auteurs, serait conditionné par des troubles endocriniens ou neuro-végétatifs. L'interprétation qui semble la plus plausible est celle d'une encéphalite discrète, disséminée et à prédominance infundibulaire.

Comme le répète Lhermitte, il ne faut pas confondre la localisation d'une lésion avec la localisation d'une fonction. Une lésion peut avoir sa répercussion sur le fonctionnement d'organes éloignés d'elle. C'est, par exemple, ainsi que, dans notre cas, peuvent s'expliquer certaines modifications morphologiques de la malade.

La diffusion des lésions explique l'apparence paradoxale des syndromes.

Quant à la nature de l'encéphalite, elle est plus difficile à préciser. Il est à noter que la puberté de cette femme, puberté au moment de laquelle la famille a constaté les troubles neurologiques, coïncida avec l'épidémie d'encéphalite léthargique de 1918

à 1919. Mais ces troubles s'installèrent insidieusement sans aucune maladie apparente.

Peut-être est-il moins aventureux d'invoquer chez cette femme qui eut, vers l'âge de 5 ans, plusieurs maladies infectieuses, l'existence d'une encéphalite cryptogénétique, encéphalite dont l'installation conditionna la débilité mentale et dont les récides amenèrent, à la faveur de la poussée endocrinienne pubérale, la succession des troubles physiques et mentaux qu'elle présente.

**Épilepsie généralisée. Ralentissement intellectuel et tumeur cérébrale probable,** par MM. R. ANGLADE et L. VIDART.

L'épilepsie a, depuis longtemps, sa place dans la symptomatologie des tumeurs cérébrales. L'épilepsie partielle s'entend, car l'épilepsie totale fait souvent écarter le diagnostic de tumeur cérébrale au lieu de contribuer à l'établir.

Les troubles mentaux ont, eux aussi, pris peu à peu leur place dans le syndrome, et si bien, que l'on observe des cas de tumeurs cérébrales qui ne se manifestent pendant de longues années que par des troubles mentaux. Et de fait, il y a, sans même que ce soit rare, dans les Asiles d'aliénés, des tumeurs cérébrales qui ne sont diagnostiquées qu'à l'autopsie.

Nous allons vous présenter ce matin un malade âgé de 47 ans, interné à l'Asile de Villejuif depuis le 14 septembre 1935 pour « affaiblissement intellectuel survenu chez un épileptique ».

Son histoire clinique telle que nous avons pu la reconstituer, telle surtout que sa femme nous la raconta, car les souvenirs du malade sont eux-mêmes assez imprécis, est faite de l'association de deux syndromes essentiels : un *syndrome comitial*, un *syndrome mental*.

C'est à partir de 1914 ou 1915 que les premiers symptômes pathologiques firent, semble-t-il, leur apparition. A cette époque, mobilisé à Paris comme employé des P.L.M. il commença avec une fréquence variable à présenter des *moments d'absence* ; il ne tombait pas, mais restait immobile, inerte, le visage pâle, les yeux révulsés. Il reprenait conscience assez rapidement et ne gardait aucun souvenir de cet incident. Il demeure pendant toute la guerre à Paris, puis en mai 1918 se marie. Peu après, en tout cas la même année, ses crises nerveuses changent d'aspect. Subitement, sans aucun symptôme avertisseur, il tombe, perd connaissance et présente des convulsions généralisées d'emblée. Il se mord la langue, perd ses urines, c'est alors une crise d'épilepsie banale. Ces crises convulsives, d'abord espacées, devien-



nent de plus en plus fréquentes. Elles surviennent bientôt toutes les semaines, sont quelquefois plus rapprochées encore, mais depuis 1918 ces crises n'ont pas changé de caractère. Signalons que de temps à autre, ces crises sont précédées de vomissements explosifs. En somme, depuis 20 ans, ce malade présente des phénomènes d'ordre comitial sous la forme :

- d'absences passagères pendant les quatre premières années ;
- de convulsions généralisées dans la suite et jusqu'à maintenant.

Mais à ce syndrome comitial s'ajoute un syndrome mental. Et depuis quand existe-t-il chez ce malade des symptômes psychiques ? C'est un point évidemment très difficile à préciser exactement. Sa femme nous dit ne l'avoir jamais trouvé tout à fait normal et dès 1915 ou 1916, il lui arrivait, déjà, d'être taciturne, de ne pas répondre parfois aux questions qu'on lui posait.

En 1921, il reste quatre mois à l'Hôpital Saint-Antoine pour « maladie mentale » nous dit-on, sans que l'on puisse préciser quels étaient ces symptômes mentaux. Quoi qu'il en soit, à la suite de cette hospitalisation on le juge inapte pour son emploi à la Compagnie du P.L.M., et il devient garçon de courses.

Progressivement, son caractère se modifie. Il « change », devient coléreux, irritable ; de plus en plus, il aime la solitude, craignant le bruit et la société. Il perd la mémoire et en 1931, enfin, il est obligé de cesser tout travail.

A partir de ce moment, ces troubles du comportement s'exagèrent encore. Il paraît souvent anéanti, plongé dans un état voisin de la torpeur. C'est à cette époque également qu'il commence à se plaindre de sa tête.

C'est une *céphalée* violente, quelquefois frontale, mais surtout occipitale, céphalée continue, mais plus marquée le matin, se prolongeant souvent jusqu'à la nuque et résistant aux calmants habituels. Il prenait parfois quatre ou cinq « cachets » sans obtenir de soulagement.

Son état s'aggrave encore progressivement. Il ne sort de son anéantissement que pour se plaindre de ses maux de tête et pour présenter de temps à autre une bouffée d'excitation : il se met brusquement en colère et devient menaçant pour son entourage. Le 17 août 1935, à la suite d'une crise d'épilepsie survenue dans la rue, il est transporté à la Pitié, puis envoyé en observation à l'Asile Clinique, il est enfin dirigé sur l'Asile de Villejuif où il séjourne depuis le 14 septembre. L'histoire de ce malade apparaît donc bien faite :

- d'un syndrome épileptique évoluant depuis 20 ans ;
- d'un syndrome mental qui paraît avoir débuté vers 1920 ou 1921, s'est aggravé progressivement et nettement constitué depuis 4 ou 5 ans seulement.

A ces deux ordres de symptômes, il convient encore d'ajouter : la *céphalée*, les vomissements, la baisse de la vue qui, dernièrement, a rendu nécessaire le port de lunettes.

Actuellement, ce malade se présente à l'examen : souriant, légèrement euphorique, la tête baissée, le regard éteint. Son faciès est immobile, inexpressif, presque figé. Il ne parle pas et attend qu'on l'interroge.

Dès le premier abord, il semble présenter un degré important de *ralentissement mental* : il paraît comprendre lentement ce qu'on lui dit, il faut répéter les questions plusieurs fois et la réponse est souvent longue à venir. Et au fur et à mesure que l'examen se prolonge, l'effort à faire paraît encore de plus en plus grand.

L'attention est chez lui très touchée ; l'attention spontanée paraît nulle : il est incapable de donner quelques détails sur la salle où il est hospitalisé, sur le chemin parcouru pour venir au bureau du médecin. L'attention volontaire n'est guère meilleure. Si on lui demande avec insistance d'écouter la lecture de quelques lignes d'un article de journal, il peut seulement en répéter les deux derniers mots.

Il présente également de gros troubles de la mémoire de fixation. Il s'en rend compte, s'en agace et nous dit : « C'est curieux tout de même d'avoir de l'amnésie comme ça. » Sur les faits anciens, il est également hésitant. Et s'il précise exactement certaines dates importantes comme celles de sa naissance, du début ou de la fin de la guerre, il se trompe sur celle de son mariage et ne peut dire quand il s'arrêta de travailler.

Nous avons étudié chez lui l'association des images. Lui demandant de désigner rapidement vingt mots de suite pris au hasard, il évoque difficilement cinq mots : chaise, buvard, papier, journaux, assiette, puis s'arrête et n'en trouve point d'autres. Des opérations intellectuelles plus complexes lui ont paru difficiles. Mais il peut cependant nous donner le total d'une somme faite de pièces de 10 fr., 5 fr. et 2 fr. et de quelques sous. Par contre, il lui fut impossible de résoudre le petit problème suivant :

D. : Vous devez au marchand 25 francs, vous payez avec 50 francs. Combien doit-il vous rendre ? — Pas de réponse.

A ce premier examen, on constate donc essentiellement : un ralentissement de toutes les fonctions intellectuelles avec de la diminution de l'attention, de la dysmnésie. A ce ralentissement mental, ne s'associent pas de manifestations oniriques : ni faux souvenirs, ni fausses reconnaissances, ni fabulation. Son orientation est assez bonne, il peut sans erreur dire la date et après hésitation, l'heure et le lieu.

Les fonctions affectives paraissent chez lui très réduites. Il ne prend part à rien de ce qui se passe dans la salle, il ne se plaint pas, ne parle pas spontanément, ne prend aucune initiative. Il ne réclame jamais sa femme. Cependant il semble encore s'intéresser à la lecture du journal qu'il pratique quotidiennement.

Son caractère est pourtant irrégulier : la plupart du temps il paraît doux et tranquille ; il s'est prêté à tous les examens avec une docilité et même une passivité parfaite. Et cependant, par moments, il est irritable, revendicateur, s'emporte avec les infirmiers qu'il menace.

Enfin, et c'est un point important sur lequel nous allons maintenant insister, ce malade présente des *troubles du langage* :

Tout d'abord le ton de sa voix est monotone. Sa parole est tremblée, hésitante, souvent il ne trouve pas le mot qu'il cherche, s'arrête quelques instants, le remplace par « machin » ou « chose » puis repart plus rapidement, de façon explosive.

Il n'a pas de dysarthrie, mais il répète souvent le même mot ou le même lambeau de phrases. Sa femme nous a dit que depuis peu « il bégayait ». Ce serait donc un symptôme d'apparition récente.

On lui montre différents objets :

— Une montre. — R. : C'est..., c'est une montre.

— Des cigarettes. — R. : Ce sont des cigarettes gauloises.

— Un buvard. — R. : C'est..., c'est un buvard.

Puis après ces trois reconnaissances exactes il ne parvient plus à désigner les objets par leur nom ; on lui montre alors :

— Une boîte d'allumettes. — R. : C'est un étui d'allumettes gauloises.

— De nouveau le paquet de cigarettes. — R. : C'est un étui à cigarettes.

— Un porte-plume. — R. : Je m'en doute un petit peu... C'est pour écrire. Mais pour le vrai nom...

— Une règle : il l'inspecte, la palpe. — R. : C'est un étui... un étui de papiers à cigarettes.

— Est-ce une règle ? — R. : C'est cela.

— Est-ce bien cela ? — R. : Je n'en suis pas très sûr.

— Une enveloppe. — R. : Je me souviens en avoir vu mais je ne peux me rappeler le vrai nom.

De cet examen on doit en somme retenir avant tout que cet épileptique de vieille date présente un état mental permanent, caractérisé par : du ralentissement intellectuel, de l'apathie, de l'indifférence.

Sur ce fond d'inertie continue surviennent de temps en temps des bouffées d'excitation passagère. Il faut encore y ajouter des troubles du caractère et du langage. On ne trouve pas, semble-t-il, chez ce malade, de troubles grossiers du jugement. Certes, il a beaucoup de peine à s'exprimer, mais, quand il y parvient, ses réponses sont correctes et jamais il ne commet d'incorrections ou d'actes absurdes portant nettement le cachet démentiel.

L'examen somatique a révélé chez lui des symptômes fort importants pour la discussion du diagnostic.

Il existe en effet une *hémiparésie droite*. A la face déjà on peut remarquer que le côté droit paraît un peu plus étalé, plus allongé que le gauche. Le sillon naso-génien est plus vertical. A l'ouverture de la bouche, l'orifice buccal est légèrement asymétrique. Mais surtout c'est à l'effort que la parésie faciale est le plus facilement visible, dans la

grimace faite à ce moment on est frappé par l'inertie de l'hémiface droite.

Au membre supérieur droit, la force musculaire est légèrement diminuée, nettement inférieure à celle du côté gauche.

A la marche enfin, le membre inférieur droit semble quelquefois se dérober et il est incapable de se tenir sur son seul pied droit alors qu'il y parvient à gauche.

*L'étude des réflexes* tendineux montre une légère *hyperréflexie au membre supérieur droit*. Celle des réflexes cutanés met en évidence un *réflexe plantaire en extension* du côté droit.

*La sensibilité* est particulièrement difficile à apprécier. Le malade ne répond que péniblement et tardivement à la piqure, au tact, au pincement.

Il n'a pas de troubles trophiques, pas de troubles sphinctériens. Et l'examen neurologique que nous avons fait chez lui a mis seulement en évidence cette hémiparésie droite avec signe de Babinski et légère exagération des réflexes au membre supérieur.

A l'examen systématique, enfin, nous n'avons rien constaté d'anormal en dehors d'une hypertension artérielle de 22 1/2, 14 au Vaquez. Pas de lésion cardiaque en dépit d'une crise de rhumatisme articulaire aigu signalée dans ses antécédents à l'âge de 11 ans.

Devant ce malade qui présente :

- 1° un syndrome comitial évoluant depuis 20 ans ;
- 2° un syndrome mental avec grosse bradypsychie ;
- 3° une hémiparésie droite avec légère aphasie, deux hypothèses viennent aussitôt à l'esprit : celle de troubles mentaux survenant chez un vieil épileptique, celle aussi de tumeur cérébrale à longue évolution.

Ce sont là, d'ailleurs, les deux diagnostics qu'avait soulevés le Dr Paul Abély qui reçut ce malade à Villejuif, dans son ancien service.

Il ne semble pas, en effet, qu'il soit possible de retenir sérieusement d'autre diagnostic. Cependant, grâce à l'hypertension artérielle, à la pâleur du visage, aux vomissements, nous nous sommes demandé s'il n'existait pas un certain degré d'hyperazotémie qui aurait pu, à la rigueur, s'associer à l'épilepsie pour réaliser le syndrome clinique observé. Mais le taux de l'urée sanguine est presque normal, de 0 gr. 47 par litre.

S'agit-il donc simplement de troubles mentaux survenus à la longue chez un vieil épileptique ? Tout le syndrome mental observé peut, en effet, être mis légitimement sur le seul compte d'une épilepsie évoluant depuis longtemps. Un ralentissement aussi marqué, les modifications mêmes du caractère avec la docilité,

mais aussi avec l'indifférence, l'irritabilité, sont bien le fait de l'épileptique. Mais alors, il faudrait envisager l'hémi-parésie droite et l'aphasie comme des phénomènes surajoutés : peut-être anciens et passés jusqu'ici inaperçus, peut-être plus récents et alors manifestations d'une lésion vasculaire encéphalique. Mais ce malade est encore trop jeune pour qu'on puisse incriminer chez lui des lésions d'ordre purement athéromateux. Signalons alors qu'il n'est pas syphilitique, qu'il ne présente aucun signe clinique de spécificité et que les réactions sérologiques ont toujours été chez lui négatives.

Mais le ralentissement psychique, les modifications du caractère de ce malade sont aussi bien les manifestations mentales que l'on observe dans les tumeurs cérébrales. C'est alors que nous nous sommes demandé s'il ne s'agissait pas plutôt d'une néoformation cérébrale responsable à la fois des crises comitiales, des troubles mentaux, de l'hémi-parésie droite et de l'aphasie.

La lenteur de l'évolution n'est pas un argument suffisant pour rejeter, *à priori*, un tel diagnostic. Bien que de telles histoires cliniques aussi prolongées soient plutôt une rareté — c'est pour cette raison que nous avons pensé à vous présenter ce malade — nous avons trouvé, dans la littérature, plusieurs cas du même genre. Le D<sup>r</sup> Baruk en particulier, dans son remarquable ouvrage sur les troubles mentaux des tumeurs cérébrales, cite un cas de tumeur calleuse dont l'évolution s'est poursuivie pendant plus de 18 ans, un autre de tumeur frontale prolongée pendant 14 années.

Il fallait donc essayer de faire la preuve de cette tumeur possible. Tout d'abord, au point de vue clinique, l'hypertension intracranienne paraissait déjà vraisemblable. Si le ralentissement mental peut être celui d'un épileptique banal, il peut être également la conséquence d'une hypertension intracranienne prolongée. Et cette hypertension semble bien, par ailleurs, avoir fait sa preuve : par la céphalée, tenace, continue, insupportable, résistant aux calmants habituels, par les vomissements également qui sont survenus à plusieurs reprises.

D'ailleurs, la ponction lombaire est venue confirmer cette manière de voir. Une première ponction a été faite à Henri-Rousselle, le 12 septembre 1935. Le certificat qui nous a été communiqué ne parle pas d'hypertension rachidienne, les réactions de Bordet-Wassermann, du Benjoin, de Meinicke ont été négatives, on trouve, par contre, un taux d'albumine à 0,50 pour une leucocytose minime ; il y a donc une légère dissociation albuminocytologique.

Le 19 décembre, nous pratiquons nous-même une nouvelle



ponction. Sur le malade couché, l'hypertension est indiscutable et même dépasse 40 au manomètre de Claude. Il n'y a pas de blocage, car la pression des jugulaires entraîne une variation de tension manifeste. Le taux de l'albumine a baissé (0,30), mais il n'y a toujours pas de leucocytose.

Enfin, à plusieurs reprises, des *examens oculaires* ont été faits ; le 12 septembre, au dispensaire de Prophylaxie Mentale, un œdème papillaire plus marqué à droite a été signalé. Le 30 décembre, un nouvel examen du fond de l'œil indique à droite : un œdème papillaire léger avec bords de la papille estompés et quelques tortuosités vasculaires.

A gauche : un très léger flou de la papille. Un dernier examen à Henri-Rousselle, le 4 janvier 1936, montre un léger trouble des contours papillaires surtout à droite, sans que l'on puisse, nous dit-on, parler de stase. Cette absence de stase à cet ultime examen ne nous paraît pas étonnante, si l'on pense à la longueur de la maladie et à l'atténuation actuelle des signes subjectifs de l'hypertension. Nous en sommes peut-être à la période où la stase va faire place à l'atrophie optique.

De ces examens complémentaires, quelques faits semblent donc diriger l'opinion vers le diagnostic de tumeur cérébrale. C'est l'œdème papillaire constaté à plusieurs reprises, ce sont aussi l'hypertension indiscutable du liquide céphalo-rachidien et la légère hyperalbuminose avec dissociation albumino-cytologique.

Une radiographie simple a été faite tout dernièrement. Les clichés ne montrent pas d'image de tumeur cérébrale. Mais nous constatons un réseau très net de dilatation veineuse, facilement visible sur les films, qui a été signalé par certains auteurs comme un témoignage d'hypertension intracrânienne.

S'il y a tumeur cérébrale, deux problèmes restent encore à résoudre : le siège et la nature de cette tumeur.

Le syndrome mental, tel qu'il est chez ce malade, peut-il donner une indication sur la localisation de la lésion présumée ?

Il est certain qu'une hypertension intracrânienne existant sans doute depuis tant d'années peut, à elle seule, donner un tableau de ralentissement mental aussi prononcé. Et il est bien difficile de dire quels sont les signes dus à l'hypertension seule et quels sont aussi ceux qui pourraient indiquer une localisation précise. Suivant la technique de Weed, nous avons essayé de les dissocier en injectant au malade une solution hypertonique de NaCl à 20 %. Nous n'avons pas constaté de modifications appréciables de l'état mental.

On peut, *a priori*, envisager l'hypothèse d'une *tumeur frontale*

ou d'une *tumeur calleuse*. La date d'apparition du syndrome mental est, dans ce cas, intéressante à préciser. Rappelons qu'en 1921, ce malade fut déjà hospitalisé pour maladie mentale et qu'à la suite de son hospitalisation, il dut changer de profession. Qu'en tous les cas, les modifications de son comportement ne semblent pas avoir procédé par poussées, comme il est de règle dans l'hypertension intracrânienne simple ; ce fut plutôt une aggravation progressive inéluctable jusqu'à réaliser l'état dans lequel nous le voyons aujourd'hui.

Nous avons cherché d'autres arguments en faveur de la localisation frontale. En particulier, la désorientation spatiale. Elle n'est pas évidente chez lui, mais cependant, il semble montrer quelquefois une certaine hésitation à se diriger, à retrouver son lit seul et l'épreuve conseillée par Pierre Marie nous a donné un résultat positif. Par contre, il n'y a ni puérilisme, ni euphorie, ni moria, tels qu'on les décrit dans ces localisations. Et cependant, l'hémi-parésie droite, l'aphasie même, pourraient être mis sur le compte de réactions de voisinage d'une tumeur préfrontale gauche. Ce n'est là qu'une hypothèse, nous voudrions la voir confirmer par l'encéphalographie ou la ventriculographie. Quant à la nature de la tumeur, il ne paraît guère possible de penser à un gliome ou à un sarcome qui présente habituellement une évolution longue. Il faudrait sans doute envisager le développement très lent d'un méningiome venant comprimer le lobe préfrontal gauche. Ce malade va être mis entre les mains d'un neuro-chirurgien. Mais nous serions très heureux auparavant d'avoir, à son sujet, l'avis des membres de cette société.

M. MARCHAND. — Je ne discuterai pas le diagnostic de tumeur cérébrale ; les présentateurs ont bien insisté sur sa difficulté et sur son incertitude. Il est un argument qui me paraît plaider plutôt contre ce diagnostic. D'après l'évolution des différents symptômes, je relève que les manifestations épileptiques ont débuté, il y a 20 ans, par des absences. Sans insister sur ce long laps de temps qui a été observé, quoique rarement, au cours de certains cas de tumeur cérébrale à évolution très lente, je trouve qu'il est exceptionnel de voir les accidents comitiaux symptomatiques de néoplasie cérébrale se manifester d'abord par de simples absences ; généralement, il s'agit de crises jacksoniennes ou de crises généralisées convulsives. Les absences, en général, sont plutôt rares, même dans les cas de tumeur cérébrale confirmée.

Chez ce malade, la stase papillaire est certainement un symptôme important de tumeur cérébrale, mais il faut aussi admettre

qu'elle peut n'être due qu'à la simple hypertension du liquide céphalo-rachidien dont les causes sont si multiples. Chez un sujet dont je viens de faire l'autopsie, qui était aveugle depuis plusieurs années par atrophie optique, chez lequel j'avais posé, un peu à cause de ce symptôme précoce, le diagnostic de tumeur comprimant le chiasma optique, j'ai eu la surprise de trouver une petite tumeur de la région pédonculo-cérébelleuse. L'atrophie était due à l'hypertension du liquide céphalo-rachidien qui avait entraîné une dilatation énorme du troisième ventricule, tellement considérable que la tige pituitaire s'était elle-même dilatée au point que le liquide céphalo-rachidien venait comprimer directement l'hypophyse.

M. GUIRAUD. — Le diagnostic de ce cas est, comme le disent les auteurs, très délicat. Et il n'est pas sûr du tout qu'il s'agisse d'une tumeur cérébrale. L'hypertension artérielle si marquée chez un homme de 47 ans fait penser à la possibilité d'hémorragies méningées. Il pourrait s'agir de pachyméningite hémorragique. La ventriculographie est indispensable pour trancher les hésitations.

M. RAYNEAU. — Le diagnostic est souvent délicat entre la tumeur cérébrale et l'hémorragie méningée. Ce fut le cas, pendant la guerre, chez un enfant de 14 ans. Le premier trouble fut un vertige au cours d'une course à bicyclette avec chute. L'enfant put se relever et, pendant quelques jours, parut normal, puis il eut des secousses épileptiformes du bras gauche.

L'intervention montra une volumineuse tumeur centrale inopérable et l'enfant mourut.

M. SCHIFF. — Les malades présentés par MM. Anglade et Courbon sont très intéressants en eux-mêmes et aussi parce qu'ils posent à nouveau la question si importante des tumeurs cérébrales envisagées au point de vue de la psychiatrie.

Je crois que, dans un cas comme celui de M. Anglade, il est impossible d'affirmer ou de nier expressément la présence d'une tumeur. L'agrammatisme de son malade, la figure de stase, l'albuminose rachidienne, la parésie faciale sont susceptibles d'interprétations diverses. On pourrait penser aussi à une atrophie du type Pick, à une artériopathie disséminée, à une encéphalite infectieuse et, dans le cas de M. Courbon aussi, c'est une atteinte infectieuse du tuber qu'il est permis de concevoir. Une ventriculographie positive, une tension rétinienne élevée, une dissociation des réactions globuliniques peuvent aider au diagnostic, sans avoir de valeur absolument probante.

L'observation d'un nombre assez élevé de tumeurs cérébrales montre la fréquence de ce *syndrome psychique initial des tumeurs cérébrales* que j'ai signalé il y a douze ans, d'abord avec M. Marchand, puis avec M. Toulouse. Au point de vue pratique, un certain nombre de faits me paraissent avoir été relevés.

1° La gravité des tumeurs qui se manifestent d'abord par des signes psychiques, la fragilité de ces malades, chez qui toute ponction lombaire, qui trouble l'hydraulique méningée, doit être proscrite : la seule mesure de la tension rachidienne peut être dangereuse. Dès qu'on soupçonne une tumeur, le patient doit être alité, mobilisé avec précautions, transporté chez les spécialistes et dans les services de neuro-chirurgie en ambulance seulement.

2° La très grande variabilité de la symptomatologie chez ces malades, en particulier dans les tumeurs temporales.

3° L'importance de la ventriculographie qui, selon la doctrine de M. Clovis Vincent, doit être toujours une intervention armée, avec possibilité de poursuivre immédiatement une opération d'exérèse ou de décompression.

4° Il y a lieu de signaler l'intérêt médico-légal de ces cas : tumeurs latentes avec évolution post-traumatique rapide, comme chez le garçon que vient de citer M. Rayneau. Il faut insister sur *la période médico-légale des tumeurs cérébrales* : tumeurs longtemps latentes chez un sujet qui se met tout à coup à mener une vie désordonnée ou crapuleuse, en contraste avec sa moralité antérieure, qui commet des escroqueries, des vols, perd tout sens moral. Une fin brusque peut révéler une tumeur à laquelle il est légitime d'attribuer rétrospectivement le désordre de la conduite.

M. VURPAS. — La conclusion de ce cas et des autres cas publiés récemment est que le meilleur moyen de diagnostic des tumeurs cérébrales est la ventriculographie. Bien souvent, on ne peut rien affirmer avant de l'avoir pratiquée.

La séance est levée à 11 heures.

*Les secrétaires des séances :*

Paul ABÉLY et P. CARRETTE.

*Séance du Lundi 27 Janvier 1936*

---

**Présidence : MM. Th. SIMON, ancien président  
et VURPAS, président**

---

**Allocution de M. Th. SIMON, président sortant**

MES CHERS COLLÈGUES,

La coutume veut, paraît-il, que le président sortant prononce quelques paroles de remerciement et d'adieu. D'autre part, la mode n'est plus guère aux longs discours. Autrefois on eût sans doute dans ces circonstances exprimé sur les maladies mentales — et notamment sur leur classification — des considérations d'ordre général. On aimait les vues d'ensemble et l'on ébauchait volontiers des projets... qui, d'ailleurs, ne se réalisaient point. L'expérience nous a appris la modestie ; peut-être trop. Toutefois et malheureusement, il faut bien dire qu'en dépit de maintes observations intéressantes, nous n'avons pas encore découvert, dans le domaine de l'aliénation, l'orientation qui nous ouvrirait de nouveaux espoirs de voir se dissiper prochainement les brouillards, je dirais volontiers les ténèbres, qui continuent de nous envelopper. Que le réflexe conditionné soit l'aspect physiologique de la vie mentale n'a pas beaucoup éclairci le mystère de ses désordres. L'analyse psychologique, pour ne rien dire de la psychanalyse, semble bien ne pouvoir expliquer qu'un certain nombre d'apparences. Aux examens organiques on a fait quelque temps crédit, et l'on a sans doute raison d'y croire encore, mais leur insuffisance est jusqu'ici demeurée bien décevante. D'où viendra la lumière ? il est difficile de le prévoir. Je souhaite qu'elle s'élève cette année de vos travaux, et je vous convie à applaudir le nouveau bureau qui va présider à vos destinées :

Mon ami Vurpas, par qui j'ai le plaisir d'être remplacé, et que j'invite donc à se déplacer d'un rang vers la gauche ;

Mon ami René Charpentier, qui m'a rendu la tâche si facile ;

Mon ami Courbon, qui devient secrétaire général un peu à son corps défendant ;



MM. Paul Abély et Carrette, qui encadrent de leur jeunesse les membres précédents ;

Mme Thuillier-Landry, à qui vous ne ferez point, j'espère, attendre vos cotisations.

### Allocution de M. Cl. VURPAS, président

MES CHERS COLLÈGUES,

Il est d'usage qu'à la Société Médico-Psychologique, le premier acte d'un Président qui entre en fonction, soit une allocution dont la brièveté est de rigueur et constitue le principal mérite.

Bien que je me garde d'éluder cette recommandation très précise, il m'est impossible de ne pas évoquer en ce moment la longue série des Présidents qui ont occupé ce fauteuil. Parmi eux, ont figuré les noms les plus illustres de la Psychiatrie française et, si j'éprouve une juste fierté d'être à la même place, je ressens aussi tout le poids de cette succession. Et je vois alors que je ne suis qu'un anneau de cette chaîne qui relie le passé au futur. Cette évocation fait également naître en moi un sentiment de grandeur dû à la flatteuse élévation à laquelle m'a porté votre bienveillance et un sentiment de faiblesse né de la comparaison qui s'impose avec ces prédécesseurs vénéérés.

Mais la prescription rigoureuse que j'ai promis de respecter me ramène à l'heure présente et je suis heureux de remercier maintenant notre Président sortant, aux côtés de qui, durant l'année qui vient de s'écouler, j'ai appris à diriger le cours des séances. Il est déjà loin le temps où mon regretté maître, le professeur Joffroy, me conseillait comme une des meilleures préparations au Concours de son Clinicat que je briguais, de m'entourer des conseils de mon ami Simon, qui était d'ailleurs à peine mon devancier et de suivre ses avis. En lui contant ce propos qu'il a sans doute toujours ignoré, je suis heureux de lui redire toute ma sympathie.

Notre Vice-Président, mon ami René Charpentier, a droit à toute notre gratitude. Le rôle difficile de Secrétaire général qu'il a assumé pendant plusieurs années lui vaut la reconnaissance de notre Société, et il m'est particulièrement agréable, après plus d'un quart de siècle d'une amitié qui ne s'est pas démentie d'être l'interprète de tous en lui exprimant nos remerciements.

Mais le rôle du Président est éphémère et il faut à la base de notre Société l'élément stable qui assure sa durée. Nos regards vont alors à notre nouveau Secrétaire général, mon ami Courbon. Je compte sur son ancienne amitié pour m'aider à m'acquitter avec honneur de mon rôle. Mes amis Abély et Carrette me prêteront sans nul doute leur concours le plus actif et me seront un précieux appui. Mme Thuillier-Landry, notre dévouée et vigilante Trésorière, garantit la continuation de la Société Médico-Psychologique. Avec

l'aide de tous, les difficultés me seront aplanies et je pourrai sans trop de craintes affronter la tâche qui m'incombe aujourd'hui.

Cette tâche, je l'inaugure en souhaitant la bienvenue à M. le professeur Ern. de Craene, de Bruxelles, Président du dernier Congrès des médecins aliénistes et neurologistes, à M. le docteur Repond de Malévoz, Président du futur Congrès, et à M. le docteur Bersot, de Neuchâtel, que nous sommes heureux de compter parmi nous.

Un devoir douloureux m'incombe maintenant. Nos amis anglais viennent de perdre leur Roi. Nous connaissons leur attachement séculaire à leur Souverain et je suis certain d'être l'interprète de tous en leur exprimant avec notre tristesse la reconnaissance émue que nous lui conservons. Car, nous ne saurions oublier qu'il n'a pas hésité à se ranger à nos côtés avec tout son peuple dans des heures angoissantes.

Que nos Collègues de la *Royal Medico-psychological Association* veuillent donc trouver ici nos sympathiques condoléances et l'assurance de nos sentiments attristés.

### Adoption du procès-verbal

Le procès-verbal de la séance du jeudi 12 décembre 1935 et le procès-verbal de l'Assemblée générale et de la séance ordinaire du lundi 23 décembre 1935 sont adoptés.

### Correspondance

M. Paul COURBON, *Secrétaire général*. — La correspondance manuscrite comprend :

des lettres de MM. les D<sup>rs</sup> J. BOREL, CASALIS, LEULIER, ROUART et RUBENOVITCH, qui remercient la Société de les avoir nommés *membres correspondants nationaux* ;

une lettre de M. le D<sup>r</sup> CARRETTE, qui remercie la Société de l'avoir nommé *secrétaire des séances* ;

une lettre de Mademoiselle le D<sup>r</sup> Andrée DESCHAMPS, médecin-directeur de l'Asile de Rodez, qui demande à faire partie de la Société au titre de *membre correspondant national*. La Société désigne une Commission composée de MM. MARCHAND, SIMON et GUIRAUD, rapporteur, pour l'examen de cette candidature. Le vote aura lieu à la séance du lundi 24 février 1936 ;

une lettre de M. le D<sup>r</sup> BROCHADO, sous-directeur de l'hôpital d'aliénés de Conde-Ferreira (Portugal), qui demande à faire partie de la Société au titre de *membre associé étranger*. La Société désigne une Commission composée de MM. René CHARPENTIER, COURBON, FILLASIER, rapporteur, pour l'examen de cette candidature. Le vote aura lieu à la séance du lundi 24 février 1936.

### Commission des Prix

La Société a, cette année, à décerner : le Prix Belhomme, le Prix Moreau de Tours, le Prix Aubanel et le Legs Christian.

#### *Prix Belhomme*

Ce Prix *triennal*, habituellement de 900 francs, avait été porté exceptionnellement à 1.200 francs, pour cette année, par la Société. Le sujet suivant avait été désigné : *Les états de déficience intellectuelle post-traumatiques chez l'enfant* (à l'exclusion des traumatismes obstétricaux).

Aucun candidat ne s'est présenté.

Le Bureau propose de maintenir la question posée et d'élever à 1.500 francs le Prix Belhomme à décerner en 1939.

La proposition mise aux voix est adoptée.

#### *Prix Moreau de Tours*

Ce Prix *biennal* est de 200 francs.

Un seul mémoire a été déposé. Une Commission composée de MM. DESRUELLES, LAIGNEL-LAVASTINE et A. SANTENOISE est désignée pour l'examen de ce mémoire.

#### *Prix Aubanel*

Ce Prix, habituellement *triennal* et de 1.500 francs, doit exceptionnellement, par décision de la Société dans sa séance du 28 janvier 1935, être décerné en 1936 et en 1937 et porté à 3.000 francs pour chacune de ces deux années.

Un seul mémoire a été déposé. Une Commission composée de MM. CAPGRAS, MIGNOT, SIMON, est désignée pour l'examen de ce mémoire.

#### *Legs Christian*

Ce prix, annuel, habituellement de 300 francs, a été porté exceptionnellement à 1.000 francs pour l'année 1936, par décision de la même séance.

Une seule candidature a été posée. Mais le Bureau a constaté qu'elle était irrecevable, le candidat ne réalisant pas les conditions requises.

Le prix Christian, habituellement de 300 francs, sera porté à 1.000 francs pour l'année 1937 et pour l'année 1938.

Selon l'usage, l'attribution de ces Prix aura lieu à la séance du quatrième lundi de mai prochain.

La liste des Prix à décerner par la Société, en 1937, 1938 et 1939, est publiée dans les *Variétés* du présent numéro des *Annales Médico-Psychologiques*.

### Election d'un membre correspondant national

Après lecture d'un rapport de M. CARRETTE, au nom d'une Commission composée de MM. DESRUELLES, LAIGNEL-LAVASTINE et CARRETTE, sur les titres de Mme le D<sup>r</sup> A. MASSON, il est procédé au vote :

|                         |    |
|-------------------------|----|
| Nombre de votants ..... | 25 |
| Majorité absolue .....  | 13 |

A obtenu :

|                                       |          |
|---------------------------------------|----------|
| Mme le D <sup>r</sup> A. MASSON ..... | 24 voix. |
| Bulletin blanc .....                  | 1        |

Mme le D<sup>r</sup> A. MASSON, de Saint-Alban (Lozère), est élue *membre correspondant national* de la Société Médico-Psychologique.

### Election d'un membre titulaire

Après lecture d'un rapport de M. PORC'HER, au nom d'une Commission composée de MM. BOURGUIGNON, PÉRON, PORC'HER, ROBERT et VIGNAUD, sur les titres de MM. le D<sup>r</sup> Roger ANGLADE et le D<sup>r</sup> MARTIMOR, il est procédé au vote :

|                         |    |
|-------------------------|----|
| Nombre de votants ..... | 35 |
| Majorité absolue .....  | 18 |

Ont obtenu :

|                                       |          |
|---------------------------------------|----------|
| M. le D <sup>r</sup> R. ANGLADE ..... | 18 voix. |
| M. le D <sup>r</sup> MARTIMOR .....   | 13 —     |
| Bulletin blanc .....                  | 1        |
| Bulletins nuls .....                  | 3        |

M. le D<sup>r</sup> Roger ANGLADE est élu membre titulaire de la Société Médico-psychologique.

### Commission chargée d'étudier la question des Assistantes Sociales

Le rapport de la Commission nommée le 25 novembre 1935 est remis à la séance du lundi 24 février prochain.

---

## COMMUNICATIONS

**Vitamine C, précarence et neuropsychiatrie,**  
par M. H. BERSOT (du Landeron près Neuchâtel (Suisse)).

*Résumé.* — De découverte récente, la vitamine C, ou vitamine antiscorbutique, s'est révélée comme un élément revitalisant particulièrement efficace chez certains névropathes et petits mentaux, ainsi que chez les jeunes gens et enfants fatigués, asthéniques et nerveux, surtout à la fin de l'hiver. L'auteur expose ses recherches chez les aliénés (catatoniques, artérioscléreux, états préséniles, etc.). Il établit que nombreux sont ces malades chez lesquels des signes d'hypovitaminose C sont décelables, qui, en particulier, ont une élimination de vitamine C nettement ralentie et insuffisante. Cet état d'hypovitaminose diminue la résistance du malade aux infections et intoxications. Selon M. Bersot, la vitamine C, administrée à ces malades, exerce sur eux une influence très favorable.

**L'assistance aux enfants difficiles au Foyer de Soullins,**  
par M. E. MINKOWSKI et M<sup>lle</sup> A. SILZ.

La discussion qui suivit, à la réunion de novembre, la communication de M. Vié sur « Les améliorations survenant chez certains arriérés entre 16 et 25 ans » a largement dépassé le sujet de cette communication. Nous avons cru y voir la traduction de ce fait que notre Société s'est relativement peu occupée au cours des dernières années de l'enfance anormale ainsi que des mesures médico-sociales auxquelles doit mener l'étude de cette question. Cela nous a incité à faire cette communication sur le Foyer de Soullins qui, subventionné depuis deux ans par le département de la Seine, vient prendre sa place, à côté d'autres établissements destinés à l'enfance déficiente, dans cette armature que les pouvoirs publics, précédés en cela par l'initiative privée, finiront progressivement, en s'entourant, comme nous l'espérons, de compétences nécessaires, par créer dans le but de combattre le mal. Cette première communication ne doit servir du reste qu'à donner un tableau général de l'organisation du Foyer. Nous serions heureux s'il nous était donné par la suite d'apporter notre contribution aux multiples problèmes tant d'ordre clinique et psychologique que pédagogique et social que soulève l'étude de l'enfance déficiente. Ces divers points de vue se rejoignent du reste néces-



sairement. Quelles que soient les indications pour un traitement ou une intervention médicale au sens strict du mot, comme il s'agit dans la très grande majorité des cas de mesures à longue haleine, le problème éducatif devra se poser simultanément de même que cette activité, pour avoir son plein rendement, ne pourra être séparée du problème de la misère sociale, créatrice, dans le domaine qui nous intéresse, de conditions particulièrement défavorables pour l'être humain au seuil de son existence. Aussi, lorsque nous parlons du problème médico-pédagogique ou du problème médico-social, le trait d'union dans ces vocables nous paraît-il être presque de trop, tellement ces divers aspects semblent devoir s'unir en un seul.

Le Foyer de Soullins fonctionne régulièrement depuis six ans. Dû à l'initiative intelligente et généreuse de Mme O. Spitzer, animatrice également depuis de longues années du Service social de l'Enfance en danger moral, dont le docteur Simon avec la collaboration de Mlle Bonis assure le service médical, le Foyer de Soullins est sorti du sein de ce service et lui a été annexé tout d'abord. Le but fixé était de créer un centre d'hospitalisation et d'observation pour les cas particulièrement difficiles dans lesquels soit l'éloignement de l'enfant de son milieu habituel paraissait urgent, soit surtout une observation plus minutieuse était nécessaire en vue d'une décision ultérieure. C'est donc comme centre d'observation que fonctionna tout d'abord le Foyer de Soullins, cette observation allant en moyenne jusqu'à trois mois, laps de temps nécessaire pour essayer de se rendre compte de la façon d'être de l'enfant étudié, de ses manifestations réactionnelles en fonction du milieu dans lequel il se trouve, de ses possibilités pour l'avenir. Mlle Vieillot donna la première impulsion au travail pédagogique du Foyer.

Une modification profonde dans l'organisation du Foyer se produisit il y a deux ans. Tout d'abord la subvention du département lui permit de vivre en cette période de crise, elle lui conférait de plus une certaine autonomie, en favorisant en même temps la collaboration avec des institutions destinées à l'enfance anormale. Cette modification coïncidait avec un changement important de l'organisation intérieure, en ce sens qu'une section de rééducation fut annexée à la section d'observation. Le nombre de places fut augmenté en même temps.

Actuellement, le Foyer de Soullins, destiné aux enfants difficiles âgés de 6 à 13 ans, comporte donc ces deux sections et compte 50 places, à parties égales plus ou moins pour garçons et filles. Il est à peine nécessaire de dire que la maison est toujours pleine.

Pour ce qui est de la présence simultanée dans un établissement de cet ordre d'enfants des deux sexes, disons tout de suite qu'elle n'offre à cet âge — et l'expérience de plusieurs années le confirme — aucun inconvénient sérieux susceptible de troubler la bonne marche de la maison. Les dortoirs se trouvent à deux étages différents, les réfectoires sont séparés, mais garçons et filles se retrouvent en classe, au cours des jeux, à la gymnastique rythmique, et les conditions dans lesquelles ils vivent — et là nous voyons un avantage — se rapprochent ainsi de celles de la vie normale.

Le nombre des journées de présence est monté progressivement de 6.070 en 1930 à 17.640 en 1935, et si le nombre d'enfants ayant séjourné au cours d'une année n'a pas beaucoup varié en même temps, en se maintenant autour de 90, cela tient à ce que depuis la création de la section de rééducation, les enfants appartenant à cette section restent deux ou trois ans dans l'établissement, ce qui diminue évidemment le nombre des places disponibles pour de nouveaux entrants.

La sélection des enfants avant leur entrée au Foyer pose d'emblée quelques problèmes importants. Tout d'abord il s'agit d'éliminer les enfants atteints de débilité mentale, qui exigent des méthodes et une organisation différente de celles appliquées aux enfants présentant des troubles du caractère et du comportement, avec un niveau mental normal. Mais cette discrimination n'est parfois guère aisée au cours d'un bref examen clinique, surtout là où il existe un gros retard scolaire chez des enfants qui n'ont pas été envoyés régulièrement à l'école. Et c'est ainsi que les examens psychologiques faits systématiquement par M. François, montrent qu'en moyenne le niveau mental des enfants admis au Foyer reste légèrement inférieur à la normale. Le deuxième point concerne la constatation objective des faits justifiant l'admission. Ici un contrôle rigoureux devient nécessaire, cela d'autant plus que les places, limitées en nombre, doivent être utilisées à bon escient dans la mesure du possible. Là, sauf quelques rares exceptions, une enquête préalable devient nécessaire, cela d'autant plus que les places, limitées en nombre, doivent être utilisées à bon escient dans la mesure du possible. Là, sauf quelques rares exceptions, une enquête préalable faite par une assistante sociale de l'institution qui demande l'admission de l'enfant est indispensable, enquête portant sur le milieu familial, sur la vie de l'enfant, sur les différences qui peuvent exister dans le comportement de l'enfant à la maison et à l'école, etc. Nous constatons d'ailleurs à ce propos que le rôle de l'assistante sociale s'étend d'année en année ; sans parler des établissements médicaux, nous en trouvons dans les écoles, dans les Habitations à bon marché, à la Caisse de Compensation, etc. ; leur activité

pénètre de plus en plus en profondeur dans la société et confère également à notre travail dans ce domaine cette note sociale dont il ne saurait se passer. Les données fournies ont ainsi d'emblée une portée plus objective. Et cela est d'autant plus nécessaire que du côté des parents mainte difficulté peut se présenter. Parfois les parents, dès qu'ils apprennent l'existence d'un établissement pour enfants, cherchent à y placer les leurs pour s'en débarrasser au fond. C'est là le revers de la médaille, l'inconvénient que présente toute œuvre d'assistance. Un jour, lorsque nous disions à une mère : « Mais, Madame, votre fille ne présente pas de troubles suffisants pour être admise à Brunoy », elle répondit : « Oui, évidemment, si mon mari avait été alcoolique et ma fille voleuse, vous auriez bien consenti à vous charger de son entretien ». Rien à répondre à pareille objection, mais dans l'esprit naît pourtant le désir de soustraire la fillette à sa mère, sans cependant avoir recours à une organisation spéciale et relativement onéreuse comme celle qu'exigent les enfants difficiles. Ici un placement familial bien organisé et surveillé pourrait à notre avis rendre de grands services. A l'autre bout se trouvent les parents paranoïaques qui, au contraire, s'opposent à la mesure proposée. J'ai eu récemment à m'occuper d'une fillette qui, renvoyée de l'école à cause de troubles du caractère, était proposée pour le Foyer de Soullins ; la mère pourtant ne faisait que parler du procès intenté à l'Inspecteur d'Académie et me refusa d'examiner sa fille en dehors de sa présence sous prétexte qu'il était de son devoir de « l'assister » dans ces moments difficiles de son existence. Je dois reconnaître du reste qu'elle s'amadoua par la suite et signa la demande d'admission, mais l'avenir reste trouble.

Ici une remarque d'ordre général s'impose. Sans doute, l'éloignement du milieu familial est un des agents thérapeutiques les plus puissants dont dispose la psychopathologie infantile, mais il demande à être manié avec une certaine prudence. Dans les cas extrêmes évidemment la situation est parfaitement nette et ne soulève aucune objection ; mais il y a une série de cas limites où la décision est moins aisée. A ce point de vue, le terme « enfant difficile » n'est peut-être pas très heureux ; par opposition, il fait naître l'idée de l'enfant facile. Mais il n'est écrit nulle part que l'enfant doive être facile, comme il n'est écrit nulle part que les parents soient appelés à être de bons éducateurs. Les uns et les autres sont ce qu'ils sont, à savoir des êtres humains avec toute la complexité de leur organisation, avec toutes leurs faiblesses, avec toutes les interactions bonnes et mau-

vaies, qui s'établissent entre eux. Et tels qu'ils sont, ils forment cette cellule indissoluble qui est à la base même de la vie de l'être humain : la famille. Or, cette famille ne se compose point uniquement d'attachement et d'affection, mais comporte aussi nécessairement de l'anxiété, des accès de mauvaise humeur, des manifestations réactionnelles plus ou moins « reluisantes », de l'opposition, des impulsions, des tendances agressives, des erreurs de jugement, des écarts de conduite, des anomalies du caractère, des injustices, etc. Mais telle quelle, la famille persiste, continue de vivre et d'être l'atmosphère naturelle nécessaire pour le développement de l'être humain. Nous voulons dire par là que la famille humaine comporte, en dépit de ce qui, détaché du tout, peut être considéré comme facteurs négatifs, une zone de tolérance compatible avec la bonne marche des choses. Et cette zone de tolérance paraît être assez large. Il faut avoir cela en vue avant de s'engager dans la voie de la séparation et surtout éviter d'évoquer chez les parents comme chez les éducateurs l'idée que les difficultés qui peuvent surgir relèvent de suite d'un établissement spécial. Ils ne le font que lorsqu'un effort sérieux a été tenté pour les aplanir. Là également une collaboration des plus étroites avec le corps enseignant et avec les parents peut être féconde. Parfois nous avons demandé et aux uns et aux autres d'attendre encore avant de placer l'enfant. Il y a lieu de tenir compte à ce point de vue que même en dehors de la puberté, il existe des périodes au cours desquelles des troubles de caractère assez marqués peuvent apparaître : tendance au vol, au mensonge, à la brutalité. Souvent nous trouverons à leur base le mécanisme d'opposition sur lequel a encore récemment insisté M. Heuyer. Mais ces troubles ont souvent un caractère passager, épisodique, et disparaissent assez facilement ; l'essentiel, probablement, c'est de ne pas leur opposer des conceptions morales trop rigides et de savoir garder une sage discrétion à leur égard.

Cela dit, il n'en reste pas moins vrai que « l'insuffisance », pour ne pas dire plus, des parents, avec le retentissement fatal qu'elle a sur le comportement de l'enfant, reste dans nos dossiers un des facteurs les plus fréquents décidant de l'admission. A ce propos, il est intéressant de signaler que chez les enfants maltraités on retrouve cette attitude particulière, décrite par certains psychiatres (Kramer) faite de passivité, d'indifférence apparente, d'hypalgésie, de conservation d'attitudes, mais qui, comme le montre l'avenir de ces enfants lorsqu'on les change d'ambiance, n'a rien à voir avec une schizophrénie précoce.

Nous n'avons pas encore parlé, à propos de la sélection, de



troubles psychosiques plus graves, autres que l'arriération mentale. Les cas extrêmes s'éliminent facilement et presque d'eux-mêmes. Pour les cas limites on peut être assez large. Nous avons dit déjà plus haut ce que nous pensions au sujet de l'aspect médico-pédagogique du problème. La plasticité de l'enfant rend la discrimination de manifestations réactionnelles et de troubles plus profonds particulièrement difficile et là, une observation dans un milieu pédagogique approprié est la mesure de beaucoup la plus indiquée. Cette observation permet de faire ressortir l'importance du seul critère qui compte, à savoir la faculté de l'enfant de s'intégrer au groupe d'enfants dont il fait partie et d'être admis par ce groupe. Particulièrement instructive peut être à ce point de vue l'étude des enfants qui sont pour ainsi dire rejetés par le groupe, qui sont gratifiés de l'épithète « fou ». La question se pose de savoir quels sont les enfants traités ainsi par leurs camarades, et jusqu'à quel point le jugement de ceux-ci est superposable au nôtre.

Le « groupe » est en général la notion fondamentale sur laquelle doit être centrée l'activité et l'organisation d'un établissement comme le nôtre. Tout en contribuant à développer le sens social, il ne noie point l'enfant dans la masse et n'exclut en aucune façon le contact individuel de chacun avec les éducateurs. Il n'est guère nécessaire d'insister sur les inconvénients que présentent les classes surpeuplées, surtout pour les élèves moyens. Ces inconvénients ne font que grandir lorsqu'il s'agit d'enfants difficiles placés dans un établissement spécial. Il ne doit point s'agir là d'embrigader les enfants à un ordre, à une règle donnée, mais au contraire, de tailler pour ainsi dire la vie en commun sur la mesure des enfants, en sauvegardant pour chacun la faculté de s'extérioriser et de s'affirmer suffisamment. C'est là une condition *sine qua non* d'une observation psychologique tant soit peu approfondie, mais c'est là aussi le principe du travail de rééducation, sauf qu'ici, justement parce qu'il s'agit de rééducation, la notion d'une certaine règle doit s'imposer d'une façon plus précise, à mesure que se précise également pour les enfants un but à atteindre dans le domaine scolaire : le certificat d'études primaires. Quoi qu'il en soit, ici comme là, le groupe est appelé à jouer un rôle important. Mais le groupe connaît des limites assez restreintes. Nos 50 enfants sont, d'après le sexe et d'après les sections d'observation et de rééducation, répartis en quatre groupes de 12-15 enfants, et nous avons l'impression que nous avons atteint ainsi un maximum. Sans doute, si l'on nous donnait la possibilité matérielle de nous agrandir, c'est-à-dire d'augmenter le nom-



bre de places, nous n'hésiterions pas à le faire, étant donné les besoins qui existent encore dans ce domaine, mais cet agrandissement entraînerait probablement une modification assez radicale de la formule sur laquelle repose notre travail.

Cela nous amène à dire quelques mots de l'organisation. Le personnel, commun aux quatre groupes, comprend la directrice qui fait en même temps la classe dans le groupe d'observation, une économe, une institutrice chargée de l'enseignement dans le groupe de rééducation en vue de la préparation au certificat, une monitrice de gymnastique et de danse rythmique qui de plus s'occupe des petits, car nous sommes obligés de faire, surtout pour le travail en classe, une séparation d'après le niveau scolaire. Nous insistons ici en passant sur toute l'importance qu'il y a lieu d'attacher à la gymnastique et peut-être encore plus à la rythmique. Dans la discussion du mois de novembre, M. René Charpentier a plus particulièrement insisté sur les mesures pédagogiques dictées par le facteur d'instabilité tant motrice qu'intellectuelle. Or, dans la rythmique, nous avons un excellent moyen de soumettre d'une façon plaisante la motricité de l'enfant à une certaine discipline, tout en développant en lui le sens esthétique et tout en lui donnant la possibilité de temps en temps de traduire librement en mouvements, selon sa propre fantaisie, la musique qu'il entend. Cette maîtrise de la motricité a évidemment un retentissement sur tout le comportement de l'enfant.

En dehors du personnel dont nous venons de parler, chacun des quatre groupes a une mère de famille, éducatrice qui participe entièrement à la vie des enfants de son groupe. Elle partage leurs repas, les guide dans les besognes ménagères, veille à la propreté, à l'hygiène, à l'entretien des vêtements, à l'ordre dans les chambres, formant ainsi des habitudes, un des éléments de la formation du caractère. Chacune de ces quatre mères de famille a, du reste, encore une fonction supplémentaire à remplir ; l'une dirige l'enseignement ménager des filles (cuisine, lavage, repassage, couture) ; l'autre, les travaux manuels des garçons (jardinage et cordonnerie) ; la troisième est assistante psychologique ; la quatrième dactylographe. De plus, chaque éducatrice fournit tous les huit jours une fiche d'observation sur chaque enfant ; ces fiches sont ensuite compulsées, confrontées, discutées dans des réunions pédagogiques et fournissent les matériaux pour le rapport psychologique établi au sujet de l'enfant. Le travail ne manque donc pas, un travail qui demande un effort d'attention de tous les instants. Des stagiaires secondent du reste les éducatrices dans ce travail, les élèves des écoles sociales

venant accomplir leur stage au Foyer. Nous enregistrons avec satisfaction que des écoles similaires belges et suisses nous envoient également pour plusieurs mois leurs anciennes élèves.

Nous ne donnons ici évidemment qu'une esquisse très brève de la vie au Foyer et du travail qui s'y fait. Avant de terminer pourtant nous voudrions encore indiquer deux points. Le premier a trait aux résultats positifs obtenus par la création, grâce à des chefs et à des cheftaines bénévoles, de groupes d'éclaireurs et d'éclaireuses parmi nos enfants. C'est là un facteur de plus pour la formation du sens social et du caractère, capable de multiplier en même temps les contacts avec l'extérieur. Ainsi, les éclaireuses du Foyer ont pu, cet été, participer à un camp organisé par une troupe d'éclaireuses supposées « faciles » et en ont rapporté, après s'être fort bien adaptées à cette vie en commun et en plein air, un souvenir qui comptera dans leur vie. Du reste, la cheftaine fait revenir, dans la mesure du possible, pour les réunions et les sorties, ses éclaireuses même après leur départ du Foyer et maintient ainsi le contact avec elles.

Cela nous mène au second point. Il est de première importance et a trait à la question de savoir ce que deviennent par la suite les enfants de nos établissements spéciaux. Nous avons établi des questionnaires que nous adressons périodiquement aux institutions auxquelles ont été confiés les enfants après leur sortie du Foyer. Il existe, là encore, une très grande lacune et c'est cette lacune justement qui a été soulignée plus particulièrement au cours de la discussion du mois de novembre. Ce n'est que lorsque cette lacune sera comblée que nous aurons un point d'appui plus solide pour l'appréciation du rendement tant théorique que pratique des mesures préconisées et des méthodes appliquées. Il s'agit d'une part de poursuivre le travail d'assistance après le départ de l'enfant — et c'est là une tâche qui est, en partie du moins, en voie de réalisation grâce à la pénétration dans divers organismes sociaux de l'assistance sociale — il s'agit d'autre part de recueillir des données de première importance pour le psychiatre. Nos renseignements relatifs à la personnalité prépsycho-sique nous sont fournis toujours après coup, c'est-à-dire après l'éclosion de la psychose ; ils sont ainsi tributaires de la situation créée par celle-ci en ce sens que certains faits et gestes qui, souvent, dans la vie quotidienne, dépassaient à peine la moyenne, apparaissent maintenant, l'interrogatoire du médecin aidant, sous une forme démesurée qu'ils n'avaient peut-être pas en réalité. Les enfants déficients et difficiles nous donnent un tableau vivant de troubles divers du comportement, du caractère

et de l'affectivité au cours de l'enfance. Il est incontestablement beaucoup plus difficile, et c'est là peut-être la première constatation que l'on fait, de décrire, de ranger, de classer ces troubles chez l'enfant que chez l'adulte. Mais cela dit, la question reste ouverte : que deviennent ces enfants par la suite du point de vue psychiatrique, au sens large du mot, et jusqu'à quel point la rangée qui s'établit ainsi en partant de l'enfance pour arriver à l'âge adulte sera-t-elle superposable à celle que nous obtenons en examinant les faits en sens inverse, c'est-à-dire en essayant de

reconstruire rétrospectivement l'enfance et le passé de nos malades ?

### Exhibitionnisme et acromégalie, par M. Jean PICARD.

Ayant eu l'occasion, au cours de la séance du 28 octobre dernier, de signaler à propos de la communication de MM. Toulouse, Schiff et Simonnet le rôle probable joué par les dysfonctions du lobe antérieur de l'hypophyse dans quelques perturbations psycho-sexuelles de l'adulte, en particulier dans certaines formes d'exhibitionnisme, ce sont ces observations qui sont rapportées aujourd'hui, à l'appui de la thèse que j'avais soutenue.

Le premier cas qui avait attiré mon attention concerne un délirant à hérédité chargée (oncle et frère ayant été internés) présentant un gros déséquilibre du comportement. Il avait fait, à 29 ans, un délire érotomaniacal absurde concernant une jeune fille de son pays et s'est livré plusieurs fois à des exhibitions obscènes. Or, son excès de libido s'accompagne d'une notable réduction de la puissance sexuelle et il présente un syndrome acroméganique fruste. Ce cas reste trop complexe et trop peu probant du point endocrinologique pour entraîner la conviction. Pourtant les deux observations suivantes ont confirmé cliniquement nos présomptions :

OBSERVATION I. — Rég. Jean a été interné le 2 septembre 1930, à la suite d'un non-lieu pour outrages aux mœurs. C'est un récidiviste de l'exhibition sexuelle, déjà condamné cinq fois, de 1913 à 1927, pour des faits identiques et interné à deux reprises après non-lieu pour la même inculpation. Il a fait, en conséquence, son service aux Bataillons d'Afrique, en Tunisie. Agé actuellement de 44 ans, il a mené du fait de ses nombreuses condamnations une existence errante entrecoupée d'incarcérations et d'internements, manifestant dans les asiles une tendance aux évasions plusieurs fois réalisée.

Tous ses délits, dont le premier se serait produit à l'âge de 21 ans,

ont été accomplis dans les mêmes conditions : Dans un village, cet individu, généralement inconnu au pays et de passage, était vu par plusieurs femmes ou enfants, leur exhibant, dans des endroits le plus souvent discrets quoique sur la voie publique, ses parties sexuelles, accompagnant ses manœuvres, quelquefois, mais non toujours, de masturbation. Aucune autre sorte d'attentat aux mœurs n'a été relevée contre lui. Le dernier en date, remonte au mois d'octobre 1933. Evadé depuis le mois de juin, il s'était livré, à la sortie d'une école, à l'un de ses actes coutumiers : Brusquement, sans qu'il sache pourquoi et notamment sans qu'il soit ivre, l'idée lui vient de s'exhiber. Encore qu'elle paraisse peu impérieuse, qu'en particulier il ne soit jamais à ce moment en état d'érection, il n'y résiste pas. Il oublie les désagréments qu'il a déjà éprouvés. Il ne cherche pas à s'y soustraire et pas toujours à se cacher. Pendant l'acte, il ne pense à rien d'autre. Après, il est tranquille. Les manœuvres onanistes sont secondaires et non constamment couronnées de succès ; la jouissance éprouvée nulle, mais le soulagement certain. Il donne tous ces détails corroborés par les témoins, d'un air détaché, presque fataliste, sans émotion, comme un homme atteint de spleen qui ne se trouve bien nulle part.

La mémoire est précise : il conte sa vie banale, sans prolixité ; ses pérégrinations d'ouvrier agricole. Son père était buveur mais solide ; sa mère jouissait d'une bonne santé ; point d'antécédents héréditaires spéciaux : ni gigantisme ni acromégalie dans la famille. Dix frères, dont deux morts en bas-âge, et une sœur ; cette unique sœur a été, à 16 ans, internée à l'asile de Bourg, où elle est morte. Lui-même aurait présenté un état méningé vers l'âge de huit ans et une pleurésie l'année suivante. Instruction moyenne mais suffisante.

Vers l'âge de 16 ans, il a commencé à se masturber, rarement ; et il se cachait pour le faire. Durant toute sa vie sexuelle, il a fait preuve d'une indifférence totale pour la femme. Il est célibataire, sous des prétextes variés : parce qu'il n'avait pas d'argent..., qu'il est revenu trop vieux de l'armée..., que ça ne lui disait rien. Ses rapports sexuels sont restés exceptionnels et seulement lorsqu'il y fut entraîné par d'autres. Il n'a pas eu de maîtresse. On ne découvre chez lui aucune tendance homosexuelle, aucune attirance pour les jeunes enfants. Pas de pollutions nocturnes.

L'examen physique est des plus suggestifs : Rég... est un homme grand (1 m. 69), robuste, déjà grisonnant. La tête est brachycéphale, les arcades sourcilières proéminentes avec sourcils abondamment fournis. Les oreilles sont mal ourlées, à lobule adhérent ; la face est régulière, mais la voûte palatine est large et les os malaires très saillants. A la palpation du crâne, les sutures sont proéminentes en forme de crête. La circonférence de la tête est de 57. L'ensemble du faciès répond bien au type acromégalique.

Vers l'âge de 20 ans, des camarades ont commencé de le plaisanter surtout sur ses mains. C'est à cette époque que ses extrémités



ont pris des proportions anormales (à 22 ans, se produiront les premières exhibitions). Il a dû modifier la pointure de ses chaussures, qui est passée de 39 à 43, pointure actuelle. Effectivement, nous relevons les mesures suivantes : main, plus grande largeur de la paume de la main, 12 ; longueur de la main, du pli inférieur du poignet à l'extrémité inférieure du médus, 13,5 ; longueur du médus à la face palmaire, 9,5 ; circonférence du médus à sa base, 9 ; — pied, la forme générale du pied est conservée ; le pied n'est pas plat ; par rapport au reste du membre, il apparaît augmenté dans toutes ses dimensions ; longueur du talon à l'extrémité du gros orteil, 29 ; circonférence du cou-de-pied, 29.

Aucune malformation du squelette, autre que celles-là, n'est relevée ; mais la classique cyphose du thorax ne fait pas défaut.

La verge est longue, assez volumineuse ; un hydrocèle énorme à gauche évolue depuis 8 années. Pas d'anamnestiques de maladie vénérienne ; ni cicatrice ni ganglion.

Si la santé générale est bonne, l'appareil cardio-vasculaire est assez touché : il existe une cardiomégalie avec pouls ralenti de façon permanente et tendances syncopales (60 pulsations à la minute). Tension au Pachon : 12-8. Quelques extra-systoles.

Pas de diabète insipide, pas de polyurie, pas de syndrome adiposo-génital.

Le malade est sujet à des vertiges assez fréquents sans crises convulsives.

OBSERVATION II. — Mar... Anthime, 36 ans, journalier, a été inculpé pour la première fois d'outrages publics à la pudeur au mois de novembre dernier. Si toute une série de délits semblables constatés depuis trois années, aux environs de Châteaudun, n'ont pu être retenus, faute de preuves certaines contre lui, formellement reconnu une fois, et pris en flagrant délit la seconde, il ne nie point les faits mais en fournit une explication sans sincérité : le besoin de réduire une hernie et des hémorroïdes procidentes, alors qu'il pouvait introduire la main dans son pantalon pour tenter de les rentrer, sans qu'il soit besoin d'extérioriser ses organes génitaux. Un buisson tout proche permettait en outre une discrétion facile. Tous les actes qui ont fait l'objet de cette inculpation se sont produits de la même manière : Dans les champs, souvent à la sortie de la messe, Anthime, soit après avoir tenu quelques propos sans importance, soit silencieusement, le plus souvent à la tombée du jour, après avoir avisé des fillettes de 3 à 13 ans, seules ou en petit groupe, ouvre sa braguette, exhibe ses parties sexuelles, se bornerait à cet acte ; une fois, cependant, il aurait désigné sa verge en disant : « elle est belle » ; une autre fois, il aurait semblé se masturber et les témoins qui l'ont appréhendé déclarent qu'il était couvert de sueur. Comme, pour sa défense, il argue d'une méprise sur ses intentions, il n'est pas permis de savoir ce qu'il éprouve dans l'accomplissement de ses actes ; mais il se confesse



volontiers, et apparemment, de façon sincère sur son existence et sa vie génitale.

Elevé par ses parents dans une bonne moralité, il n'y a rien à relever, ni dans ses antécédents héréditaires, ni dans ses antécédents personnels. Pas de maladie de l'enfance ; certificat d'étude à 11 ans : il apprenait vite mais retenait avec difficulté. Son instituteur a noté sa timidité. Au sortir de l'école, il a été placé dans des fermes et s'y est montré travailleur et stable dans ses places. Sa puberté a été indemne de traumatisme psycho-sexuel. Pas de masturbation précoce, aucune jouissance n'accompagnant chez lui de tels actes, révélés par des camarades. Quand il est arrivé au régiment, il n'avait jamais connu de femme et n'a point subi l'entraînement collectif. Il redoutait qu'elles ne lui prennent son « pognon » mais, durant trois ans, n'a pas souffert de sa continence : « On pouvait me plaisanter là-dessus, ça m'a pris tard ; je n'étais pas porté pour la femme. » Son imagination n'a jamais travaillé sur le plan sexuel : aucune libido, nuls cauchemars érotiques ne sont venus le troubler. Il ne présente pas de pollutions et a pu se comparer avec étonnement avec certains camarades de régiment. Les pratiques homo-sexuelles, que des promiscuités diverses ne lui permettent pas d'ignorer, n'ont éveillé chez lui que de la répulsion. Marié en 1922, il a quatre enfants, bien portants ; sa conduite à leur égard est affectueuse et correcte. Il ne semble guère éprouver vis-à-vis de sa femme, une attirance corporelle, autre que raisonnée. Leurs rapports, quotidiens au début, se sont peu à peu espacés jusqu'à ne devenir que mensuels ; ses désirs émoussés ne lui apportent que des satisfactions très relatives.

L'examen organique nous fournit des éclaircissements précieux : la configuration générale du sujet frappe dès l'inspection ; il répond au type classique de l'acromégale : de bonne taille (1 m. 67), il est évident qu'il existe une notable disproportion entre le développement des extrémités et du massif facial, et le reste du corps. La face est régulière mais caractérisée par une hypertrophie acromégale de tout l'ensemble du visage. Il se montre ovalaire, le menton saillant, le nez épaissi et élargi, les pommettes fort proéminentes. Les oreilles, augmentées de volume, sont écartées. La macroglossie est ici très accusée.

L'hypertrophie des extrémités complète ce tableau clinique. Les mains sont courtaudes, larges et épaisses. L'on note de l'onychophagie. L'hypertrophie des pieds est encore plus marquée : leur développement se serait accusé vers la vingtième année. Malgré sa taille, qui n'a rien d'excessif, le sujet chausse du 44. Pas de déformation, par contre, du rachis et du thorax. Ces éléments autorisent sans conteste le diagnostic d'acromégalie. Il importe, d'ailleurs, de rapprocher ces constatations de l'existence d'hémorroïdes, ces altérations veineuses y ayant été signalées comme très fréquentes par Pierre Marie.

Aucun trouble grave de la santé. Pourtant, des migraines pénibles

vers la vingtième année, tous les quinze jours environ ; et en permanence des troubles subjectifs vertigineux intenses : « Je n'allais pas au bal et je ne puis toujours pas danser : la tête me tourne, j'éprouve des éblouissements qui me feraient tomber. » Toute absence fait défaut ainsi que toute perte de conscience. Sensibilité extrême à l'alcool : « Si je ne bois qu'un demi-litre de cidre par jour, c'est que, dès que je me livre au moindre excès, je suis affreusement malade. Je ne fume pas non plus sans vomir et avoir mal à la tête. » Des transpirations faciles sont notées ; le pouls bat lentement aux environs de 60. Les réflexes sont lents ; un tremblement émotif fin en faisait déjà au régiment un mauvais tireur.

Sur le nombre relativement restreint d'exhibitionnistes qu'il nous a été donné d'examiner jusqu'à ce jour, nous avons été surpris de ce qui nous paraît plus qu'une coïncidence : dans ces deux cas, il a existé un parallélisme étroit entre le développement de l'acromégalie et celui de l'activité délictueuse. Si l'on veut bien considérer que la diminution de la puissance et de l'appétit génésique sont de règle dans l'acromégalie, si l'on accepte, d'autre part, que certaines formes d'exhibitionnisme sont, comme je me suis efforcé de le rappeler, liées à un déficit de l'activité sexuelle, l'on pourra s'étonner que les rapports de l'exhibitionnisme et de l'acromégalie n'aient jamais été signalés.

Ces cas viennent compléter ceux où cliniquement, à défaut de recherches endocrinologiques plus poussées, la seule carence sexuelle semble pouvoir être mise en cause. Une capacité altérée des sensations incite le malade à la recherche d'émotions compensatrices déviées. Wolf (1), dans son étude sur la castration de l'homme, a remarqué que tous ceux d'entre ses malades dont l'onanisme s'était manifesté avec retard, après seize ans, avaient commis par la suite des délits sexuels : 6 sur 8 sont devenus exhibitionnistes. Il n'est pas indifférent de plus de constater, même si leurs résultats sont demeurés négatifs dans les cas d'impuissance simple, que les trois quarts des exhibitionnistes ont fourni à MM. Toulouse, Schiff et Simonnet des taux de substance œstrogène dans l'urine qui se placent parmi les plus élevés qu'ils aient obtenus.

M. CEILLIER. — J'ai eu l'occasion d'expertiser plusieurs exhibitionnistes atteints d'acromégalie.

Sans nier systématiquement l'influence des troubles endocri-

(1) Ch. WOLF. — La castration de l'homme pour perversions sexuelles ou délits de mœurs. *Annales Médico-Psychologiques*, oct. 1935, p. 412.

niens et en particulier l'impuissance sexuelle habituelle, je me demande si un autre mécanisme n'est pas préférable à celui proposé par M. Picard ou tout au moins superposable à lui.

Les acromégales sont généralement très laids et d'après mes observations éprouvent de ce fait un sentiment d'infériorité et d'élimination sociale. Ils ne pourront pas se marier et en seront réduits tout au plus à des amours salariées.

Ils recherchent la compagnie des enfants par besoin de sympathie et de tendresse. Au début, leur tendresse est chaste, mais à la longue, elle évolue, comme par une « glissade », vers des caresses rapidement délictueuses.

En somme, l'exhibitionnisme et surtout les attentats sur les enfants ne me paraissent pas être chez les acromégales la conséquence directe des troubles endocriniens. Ils paraissent avoir le même déterminisme que les délits sexuels commis à la suite de conflits psychologiques ou sociaux, par des sujets porteurs d'autres affections neurologiques que l'acromégalie, ou exempts de tout syndrome neurologique.

Ces délits sont la conséquence d'un sentiment d'infériorité qui pousse le sujet à rechercher sans aucune arrière-pensée l'amitié et l'affection des enfants, et évolue ultérieurement vers la recherche de pratiques érotiques. Ce fut le cas d'un pauvre diable surnommé le père joujou, qui était marchand de ballons d'enfants, et pendant des années eut pour eux une bonté chastement paternelle.

M. ROUART. — Un des malades, auxquels M. Ceillier vient de faire allusion, est actuellement hospitalisé à la Clinique des Maladies Mentales. Outre les caractéristiques d'acromégalie qui chez ce sujet sont très nettes, il existe une rétraction bilatérale des aponévroses palmaires. Le malade a toujours eu une activité sexuelle très réduite. Marié pendant quatre ans, il subit surtout une série d'échecs. C'est lorsqu'il fut séparé de sa femme qu'apparurent les faits d'exhibitionnisme pour lesquels il fut trois fois condamné. Son caractère est fait de timidité, d'émotivité. Il existe chez lui un sentiment d'infériorité très nette : « Aucune femme, dit-il, ne veut de moi ! »

Une polyglobulie atteignant le chiffre de dix millions d'hématies ainsi qu'une glycosurie ont été constatées chez lui. Des recherches destinées à montrer les anomalies du fonctionnement hypophysaire sont en cours actuellement et seront communiquées lors de la présentation de ce malade devant la Société que nous pensons faire prochainement.

M. X. ABÉLY. — Les acromégaliques exhibitionnistes que nous décrit M. Picard sont des hyposexuels. On décrit habituellement ces malades comme des déprimés frigides et impuissants. Il y a donc une discordance hormonale qui a intrigué plusieurs auteurs. L'acromégalie est en effet, de l'avis général, une hyperhypophysie antérieure, mais tout le monde admet aussi actuellement que l'hypophysie antérieure est stimulatrice des fonctions génitales. La sécrétion de l'hormone de croissance se fait donc en hyper : la sécrétion de l'hormone excitogénitale en hypo. Un tel hyperfectionnement électif n'est pas impossible, mais peut paraître paradoxal. Certains ont pensé qu'après la phase d'activité ostéogénétique exagérée, l'hypophyse subissait une phase de régression et de destruction. D'autres données plus récentes montrent que des injections répétées d'extraits antéhypophysaires entraînent, après une période d'hyperactivité des grandes sexuelles, une période réfractaire pouvant aller jusqu'à un épuisement final. L'hypogénitalité serait donc un symptôme assez tardif. Quelle que soit la valeur de ces théories, j'ai eu l'occasion d'observer quelques cas qui ne répondent pas du tout à la description classique. J'ai publié l'observation d'une malade acromégalique présentant une excitation psychomotrice et génitale très marquée. J'ai vu deux autres malades de la même catégorie dont l'hypersexualité était manifeste. Je crois qu'il y aurait lieu de revenir sur cette question.

M. Georges DUMAS. — L'insuffisance génitale est par elle-même une infériorité qui peut faire rechercher des compensations.

M. PICARD. — Je ne nie pas l'intervention d'un mécanisme psychologique dans la production de certains exhibitionnismes. Mais l'insuffisance génitale de l'acromégale précède la naissance de ce sentiment. D'autre part, quand le sujet est marié, et que sa femme continue à cohabiter avec lui, on ne peut pas arguer de son exclusion des pratiques érotiques par sa laideur.

**Syndrome d'Adie et syndrome neuro-anémique à type de psychose polynévritique. Amélioration par la méthode de Castle, par MM. Georges PETIT et Jacques DELMOND.**

Depuis quelques années, grâce aux descriptions qu'en a données l'ophtalmologiste anglais William-J. Adie, les cliniciens ont appris à reconnaître un syndrome particulier, qui tend à détacher

certaines faits du cadre de la neuro-syphilis. Le *syndrome d'Adie* comprend trois éléments, dont deux positifs, un négatif :

1° *la pupille tonique* (ou *bradycorie* de Donath) ;

2° *l'aréflexie tendineuse* ;

3° *l'absence de tous signes de syphilis*, aussi bien dans le sang que dans le liquide céphalo-rachidien.

Dans sa forme typique, la *pupille tonique* est, d'après Adie, le plus souvent unilatérale, presque toujours plus large, jamais en myosis, généralement déformée.

Son diamètre peut varier d'un examen à l'autre.

A la chambre noire, à un éclairage intense, elle se rétrécit très lentement, puis se dilate encore plus lentement pour reprendre sa dimension première.

Dans l'accommodation-convergence, ainsi qu'à l'épreuve de Pils-Westphal, les mouvements sont lents, amples, prolongés, la redilatation très lente.

Des formes incomplètes se rencontrent.

Le diagnostic différentiel le plus important, qui doit se faire avec le signe d'Argyll-Robertson, se pose d'une façon exigeante devant les formes complètes avec aréflexie tendineuse.

En psychiatrie, on savait depuis longtemps qu'en dehors de la syphilis, on pouvait rencontrer chez les malades mentaux : 1° des troubles pupillaires à l'état isolé ; 2° des aréflexies tendineuses, sans qu'il soit question de tabès ou de paralysie générale. L'anisocorie, les troubles photo-moteurs, ont été observés dans toutes sortes de psychopathies par notre maître M. Roger Mignot, dans sa thèse de 1900.

Mais l'association, chez un même malade, de troubles pupillaires et d'aréflexie, n'est réellement pas commune chez les aliénés. Nous avons pu en retrouver des exemples dans la littérature psychiatrique, mais les observateurs ne s'y étaient pas arrêtés. Notons cependant que MM. Guiraud et Ajuriaguerra ont soulevé ce diagnostic à propos d'un malade à cette même Société (1).

Or, nous avons eu récemment l'occasion d'observer un syndrome d'Adie caractéristique chez une femme qui présentait, d'autre part, une psychose polynévritique tout à fait analogue à la psychose de Korsakoff. Nous avons immédiatement recherché chez elle l'existence d'une intoxication éthylique : mais rien, ni dans l'interrogatoire, ni dans les renseignements détaillés four-

(1) Aréflexie, pied creux, amyotrophie, Argyll et troubles mentaux (A.M.P., février 1934, I, 229-234.



nis par la famille, n'a pu permettre de justifier cette étiologie. C'est alors que nous nous sommes demandé s'il ne s'agirait pas d'un de ces syndromes neuro-anémiques, à type polynévritique, et au cours desquels (selon Pickett, 1904, Bonhöffer, 1911, Barrett 1913), le tableau clinique revêt souvent l'aspect de Korsakoff. Et de fait, l'examen hématologique nous a montré une diminution très marquée du nombre des hématies, avec présence d'éléments rares, de formes de transition, indiquant la destruction et la régénération globulaires.

OBSERVATION . — Mme X., actuellement âgée de 56 ans, nous a été adressée le 2 avril 1935 avec le diagnostic de presbyophrénie. Elle présentait en effet quelques caractères de ce syndrome : amnésie, désorientation, fausses reconnaissances et fabulation.

*La désorientation et l'amnésie* sont extrêmement accusées le jour de l'entrée. « Nous sommes en février ou en mars, peut-être en 1935. » Elle ne sait où elle est. Elle était hier à l'étage au-dessus. Peut-être est-elle venue de St-Anne. Elle est ici depuis hier (le lendemain, elle nous dira qu'elle est ici depuis quelques jours, qu'elle a vu son mari le matin, puis qu'elle l'a vu à sa dernière permission). Elle pense être malade depuis 6 mois, et écrit « depuis 1930 ». Son mari a 50 ans. Il est appelé pour sa 2<sup>e</sup> période de 28 jours, et son fils pour sa première. Il a plutôt 62 ans.

L'amnésie est continue. La malade dit que le médecin qui est venu hier était plus brun et n'avait pas la même voix. Amnésie en partie consciente : « Je confonds tout, je ne sais plus les dates ; je ne me rappelle plus rien, je perds complètement la boule et la mémoire. » Les souvenirs anciens sont altérés ; elle ne peut qu'ébaucher les prières de sa jeunesse. Elle ne sait plus bien si elle habite rue de Nemours... Peut-être y a-t-il eu un changement d'adresse, car elle n'était plus à Paris, etc...

Elle nous propose des allégations justificatrices de sa désorientation : elle ne lit pas le journal, ou seulement le feuilleton ; elle reste chez elle, ne s'occupe pas « du dehors ». La *fabulation* est spontanée : elle a été voir un médecin en ville, décrit l'opération. La fabulation provoquée est manifeste, « elle est jeune, elle a encore ses règles, elle a marché jusqu'à maintenant ». En outre, on note de la suggestibilité.

Elle fait de *fausses reconnaissances* : reconnaît l'infirmière du matin pour l'avoir vue la veille au soir. A son domicile, elle reconnaissait des personnes décédés.

A ce tableau, s'ajoutaient des *interprétations délirantes*, des *idées de persécution*, de *jalousie*, d'*empoisonnement*. La malade a le sentiment d'une ambiance hostile, elle se méfie : les locataires sont contre elle ; ils lui en veulent : ils murmurent sur son passage ; ils chuchotent entre eux : « Son mari la trompe » ; « elle est comme

les autres, elle ne vaut rien. » Elle a surpris sur son passage des mimiques significatives, des propos sur son compte. Dans le service, elle interprétera de menus faits ; une infirmière tient un bon bleu : c'est une dépêche qu'on lui cache et qui annonce la mort de son mari.

Quelques symptômes occupent le premier plan du tableau mental.

*L'anxiété* est extrêmement vive, continue, paroxystique. Des explications pessimistes, dramatiques, lui sont secondaires. « Je suis dans un hôpital d'assassins... mon mari va être fusillé ! » On va la tuer, on lui coupera la tête à 3 heures. Pourquoi ? Parce qu'elle tue tout le monde ! Que lui importe tout puisque les siens vont mourir, elle n'a plus qu'à en faire autant. Cette anxiété se traduit par des réactions pantophobiques à l'entrée du médecin, des expressions de terreur, de supplication, enfin de résignation à la mort. De nombreux signes organiques l'accompagnent : striction trachéale et rétro-stermale, avec sensation d'un danger instant, d'une mort imminente.

Elle décrit également des *scènes oniriques* visuelles effrayantes. Elle croit également avoir entendu dire dans sa tête : « Mon mari est mort. » Elle a des *troubles du sommeil* avec cauchemars ou menfisme pénible. Habituellement déprimée et anxieuse, son humeur est parfois vive et enjouée, même pour parler de ses infirmités. Ces *variations émotionnelles* sont rapides et complètes. La malade fait l'aveu de troubles du caractère.

*Les renseignements* recueillis auprès de la famille la montrent athénique depuis juin 1934. Elle « perdait ses phosphates », d'après le médecin de la famille. Depuis 5 à 6 ans, elle se plaint de maux de tête, de névralgies faciales. Elle se réveillait la nuit avec des angoisses, des palpitations. En août 1934, la malade fait une chute (qui entraîne une fracture des deux os de la jambe gauche, consolidée en assez mauvaise position). « Elle s'était laissé choir comme un enfant » (peut-être s'agirait-il d'une crise cataplectique). Elle éprouve depuis 3 ou 4 mois des *paresthésies* diverses, des fourmillements dans les membres inférieurs, des douleurs, des « crampes » dans les jambes, la nuit ; elle prétendait qu'on lui faisait des piqûres dans les genoux. La marche devint progressivement impossible.

Rien dans les antécédents, sauf une angine diphtérique dans l'enfance et des gripes assez fréquentes.

EXAMEN SOMATIQUE : Malade d'aspect dystrophique, avec asymétrie faciale, hypomastie, hypotrichose axillaire et pubienne. *Le teint est couleur vieil-ivoire*, les muqueuses décolorées. La malade sera *subfébrile* (38° le soir) pendant les huit premiers jours de l'observation.

On constate l'*impotence fonctionnelle quasi-totale des membres inférieurs*, avec chute du pied. Soutenue, la malade fait quelques pas, avec steppage à droite, et s'effondre sur un siège. Amyotrophie marquée aux membres inférieurs, avec troubles trophiques ; peau sèche.

*Les réflexes rotuliens, achilléens, médio-plantaires, sont complètement abolis* des deux côtés.

Il y a une *hyperesthésie cutanée* manifeste, une *hyperalgésie musculaire* considérable. Le moindre attouchement détermine des soubresauts, des secousses généralisées avec mimique de terreur. Elle crie et pleure quand on l'approche.

La force musculaire est extrêmement diminuée aux membres supérieurs.

Tremblement des extrémités, pouls à 96, exophtalmie avec regard étrange.

L'haleine a une odeur acétonémique.

La malade ressent des bourdonnements d'oreille, fait le geste de chasser un corps étranger du conduit auditif.

*Les pupilles* paraissent tout d'abord immobiles. Elles sont très dilatées, inégales. A un examen plus attentif, on note cependant qu'elles se contractent très paresseusement à la lumière. Examinées de nouveau à la chambre noire, elles sont en mydriase, la gauche plus grande, la droite déformée. Les réflexes à la lumière ainsi qu'à l'accommodation-convergence sont dits « paresseux ». Pour préciser, nous avons vu la pupille la plus grande, à un éclairage intense, comme après une courte hésitation, se contracter, atteindre un assez bon myosis après environ 30 secondes, puis osciller comme si elle ne tenait pas la contraction, et, la lampe éteinte, revenir lentement à son état de mydriase. Cette lenteur de la contraction et de la décontraction réalise le type de la *pupille tonique*.

*Les réactions humorales* (Bordet-Wassermann, Meinicke et Kahn dans le sang), sont absolument négatives, ainsi que dans le liquide céphalo-rachidien, qui est normal en tous points, sauf une hypertension au manomètre de Claude : 55-30, le 11 avril.

*L'examen hématologique* (11 avril 1935) donna la formule suivante : Hématies, 2.576.000. Leucocytes, 7.000. Hémoglobine, 70 0/0. Polynucléaires neutrophiles, 69 0/0. Basophiles, 1 0/0. Grands mononucléaires, 2 0/0, moyens, 21 0/0, petits, 2 0/0. Eosinophiles, 2 0/0. Formes de transition, 3 0/0 ; quelques normoblastes (1).

En présence d'un pareil tableau, nous instituons sur le champ, concurremment avec des injections sous-cutanées de nucléinate de soude, un premier traitement : hépatothérapie par les extraits hépatiques, puis, dès la semaine suivante, la *gastrothérapie*, conformément aux travaux de Castle et de ses collaborateurs sur la nature du principe anti-anémique. Diverses préparations ont été utilisées : poudre d'estomac (20 gr. par jour, correspondant à 1.200 gr. d'estomac frais de porc ; extraits gastriques desséchés en poudre, ou extraits liquides en ampoules buvables). Les résultats thérapeutiques ont été remarquables. A l'examen du sang, le 8 juin 1935, pour exemple : Hématies,

(1) Nous remercions M. le Dr Gouriou qui, très aimablement, a bien voulu mettre son laboratoire à notre disposition pour ces examens.

3.956.000. Leucocytes, 12.000. Hémoglobine, 80 0/0. Poly-neutrophiles, 66 0/0. Grands monos, 4 0/0, moyens, 22 0/0, petits, 2 0/0. Eosinophiles, 3 0/0. Basophiles, 1 0/0. Formes de transition, 2 0/0 ; quelques normoblastes.

Cette amélioration s'est poursuivie avec parfois une baisse des hématies, mais aussi éosinophilie de bon pronostic. C'est ainsi que le 29 octobre, on note : Hématies, 4.200.000, éosinophiles, 9 0/0.

Les pupilles, vues à plusieurs reprises dans les mêmes conditions, variaient à chaque examen. Elles étaient toujours inégales, la gauche plus grande, mydriatiques, se rétrécissant lentement à la forte lumière. Le réflexe photo-moteur était beaucoup moins ample et net que le réflexe d'accommodation-convergence. On nota, le 18 novembre, quelques secousses nystagmiformes dans le regard latéral à droite. Actuellement, il persiste de la mydriase, les réflexes pupillaires sont un peu plus prompts, mais ne tiennent pas la contraction. Le fond d'œil a toujours été normal.

La marche redevint rapidement possible. Elle est actuellement aisée, bien que légèrement hésitante, sans steppage, avec une certaine fatigabilité. Pas de signe de Romberg. La force musculaire est appréciable aux membres supérieurs, diminuée quant aux fléchisseurs des membres inférieurs. Les réflexes tendineux sont plutôt vifs aux membres supérieurs ; pour les rotuliens, on assista à leur restauration progressive : patellaire droit normal, gauche encore diminué ; les achilléens et médio-plantaires demeurent abolis. Le réflexe cutané-plantaire se fait en flexion. On observe quelques troubles de la thermo-algésie aux membres inférieurs, surtout à la jambe gauche qui a été fracturée et où la sensibilité osseuse aussi est très légèrement diminuée.

Amélioration nette au point de vue mental ; mais il persiste des troubles de la mémoire de fixation ; la malade se montre subanxieuse avec des bouffées d'anxiété, est hyperémotive, sensible ; elle interprète aisément dans le sens de la malveillance ou d'événements funestes imminents, les moindres incidents de la vie quotidienne.

*En résumé*, chez une femme de 55 ans, indemne d'antécédents éthyliques, sont apparus, après une période de paresthésies diverses, une polynévrite avec troubles de la marche s'accompagnant d'un syndrome mental analogue à celui de la psychose de Korsakoff avec désorientation, amnésie et fabulation compensatrice. On constate également, outre un état d'anxiété avec onirisme, un syndrome d'Adie et des signes d'anémie pernicieuse.

Il nous a paru intéressant de signaler ce syndrome d'Adie associé à une psychose polynévritique, elle-même accompagnée d'une anémie de type pernicieux, réalisant ainsi une forme fréquente parmi les troubles mentaux de la maladie de Biermer. Ces *syndro-*

*mes psycho-anémiques* (de P.-Emile Weill et Cahen) sont bien connus depuis les travaux de Cabot, en 1900, de Lurie, Woltman, et les observations plus récentes de Schou à l'Asile de Dianalund (Danemark) et de Bowmann à l'asile de Boston, pour ne citer que quelques noms.

*En quelle manière ces troubles pupillaires du type Adie peuvent-ils être rattachés à la psycho-polynévrite et à l'anémie ?*

Tout d'abord, dans ce cas, rappelons l'action du traitement sur l'ensemble du tableau psycho-organique.

Sur le fond, Adie (Brain, 1932), pensait que troubles pupillaires et troubles des réflexes traduisaient « un déséquilibre du système nerveux de la vie végétative ».

Guillain et Sigwald (Soc. Méd. Hôp., 13 mai 1932) incriminent « une atteinte infectieuse ou toxique antérieure, insuffisante pour exercer des actions destructives, mais suffisante pour troubler la conductibilité de l'arc réflexe ».

Weill et Reys (1926) ont noté de nombreux troubles sympathiques. Subirana (*Archivos de Neurobiologia*, 1935, 1) trouve « évidente, dans la plupart des cas, l'atteinte du système autonome ». Dans son observation, le syndrome d'Adie « coïncide avec une riche symptomatologie végétative des troubles de la ménopause ».

En ce qui concerne notre malade, rappelons l'importance et la variété, chez elle, des troubles végétatifs infundibulo-tubériens.

Les troubles mentaux de la neuro-anémie sont, d'après tous les auteurs, tout à fait analogues à ceux des toxi-infections. Dans une observation que l'un de nous a rapportée devant cette Société en 1931, avec Mlle Martrille, ainsi que dans la thèse de Mlle Martrille, de très nombreux signes organiques semblent impliquer une origine infectieuse à l'état mental considéré ; il y avait, dans la plupart de ces cas, anémie et troubles pupillaires. Dans le cas présenté à la Société, troubles mentaux, polynévrite et anémie paraissent relever d'une même cause : une infection du névraxe par virus neurotrope, du type encéphalo-myélite épidémique.

Il nous semble que cette étiologie infectieuse pourrait être invoquée dans le déterminisme du syndrome d'Adie associé aux syndromes neuro-anémiques de type polynévritique.

Déjà, au cours d'une communication antérieure (1), l'un de nous avait noté, parmi les très nombreux symptômes infundibulo-

(1) Georges PETIT. — Sur la fréquence des symptômes infundibulo-tubériens associés souvent aux syndromes anxieux en psychiatrie. *Congrès des Aliénistes et Neurologistes*, Lyon, 1934.



tubériens associés à l'anxiété en psychiatrie, l'existence d'anémies dites cryptogénétiques. De nombreux travaux nous ont d'ailleurs appris à connaître le rôle des noyaux végétatifs centraux dans la régulation de l'hématopoïèse (*Polyglobulies* dans les cas de Castex, de Guillaïn, Léchelle et Garcin, de Lhermitte, de Schiff et Simon. *Anémies* dans les expériences de Houssay, Roger et Arias, dans les cas, avec nécropsies, de Paviot et Dechaume, de Lhermitte, Worms et Ajuriaguerra). L'atteinte de ces noyaux infundibulo-tubériens, qui sont si fréquemment touchés dans les infections neurotropes, rendrait compte, par suite du déséquilibre neuro-végétatif qui en résulte, à la fois de l'anémie, des troubles pupillaires et de la perturbation émotionnelle si considérable que traduit l'anxiété, si vive et si tenace, dans le cas que nous venons de présenter.

**Une nouvelle réaction hypophysaire applicable à la psychose intermittente**, par MM. X. et P. ABÉLY, M. et M<sup>me</sup> COULÉON.

Depuis plusieurs années nous poursuivons nos recherches sur le rôle de l'hypophyse, et plus spécialement de l'hypophyse antérieure dans la psychose maniaque-dépressive. Dans l'ordre biologique, nous avons signalé que la réaction de Zondeck s'y montrait fréquemment positive. Tant en France qu'à l'étranger nos travaux ont été l'objet de critiques qui nous ont incités à continuer et à préciser notre expérimentation.

Nous avons suivi avec le plus grand intérêt l'étude de toutes les réactions capables de déceler l'hyperfonctionnement de l'antéhypophyse et en particulier les réactions biologiques de la grossesse. Leur variété, leur perfectionnement nous ont permis de contrôler nos recherches antérieures, en les appliquant à la psychose intermittente. Nous n'avons pas seulement étudié l'action de l'hypophyse antérieure sur la fonction génitale mais aussi sur la fonction thyroïdienne. Nous espérons apporter bientôt nos résultats sur ces divers points et notamment sur l'intérêt de la réaction d'Aron. Cependant, nous laisserons momentanément de côté toute cette série d'expérimentations qui ont pour résultat de provoquer des modifications macroscopiques et microscopiques des glandes endocrines chez divers mammifères de laboratoire : souris, cobayes, lapins.

Les réactions qui font le sujet de notre présente communication sont d'une autre catégorie. Elles utilisent des vertébrés inférieurs : batraciens et poissons. Elles ont pour but de provoquer

une modification de coloration des téguments. Ces modifications s'opèrent par la contraction ou la dilatation de cellules pigmentaires diverses : mélanophores, érythrophores, xanthophores. L'injection à ces animaux d'extraits hypophysaires détermine une teinte noire ou rouge des téguments, par dilatation des érythrophores ou des mélanophores. Zondeck attribue cette action à une hormone du lobe intermédiaire qu'il a pu isoler sous le nom d'« interméline ». Rémy Collin et Drouet ont montré qu'on pouvait en réalité retrouver cette hormone tant dans le lobe antérieur que postérieur. Zondeck admet actuellement cette diffusion de l'interméline. Pour certains auteurs, cette hormone se confondrait avec la gonado stimuline. Cette fonction pigmentaire paraît d'ailleurs souvent liée à la fonction sexuelle. Chez le poisson qui a été le plus utilisé, le vairon ou phoxinus, la dilatation des érythrophores se produit à l'époque du rut et donne une coloration pourpre de toute la région pectorale, que l'on appelle la « robe nuptiale ». Cette coloration est exactement reproduite par l'injection d'extraits hypophysaires. Ce phénomène se relie à celui de l'hyperpigmentation gravidique chez la femme. Les réactions de colorations provoquées des batraciens et des poissons sont devenues des réactions biologiques de la grossesse.

Trois méthodes ont été proposées pour déceler dans les humeurs, et en particulier dans l'urine, la présence d'hormones hypophysaires à fonction pigmentaire.

La première consiste à injecter ces humeurs au véron, de façon à provoquer le phénomène de la robe de noce. A vrai dire, Zondeck a surtout utilisé ce poisson pour doser l'interméline dans les extraits hypophysaires d'après l'intensité et la rapidité de la coloration. Cependant Collin et Drouet ont constaté que l'urine, dans certains cas pathologiques d'hyperfonctionnement hypophysaire, donnait la réaction des érythrophores du véron. Après diverses critiques de cette méthode, ces derniers auteurs ont proposé une deuxième réaction plus nette : celle des mélanophores de la grenouille (*Rana temporaria*). Elle consiste à injecter dans le sac lymphatique dorsal de cet animal deux à trois centimètres cubes d'urine du matin. L'animal, au bout de deux heures environ, passe de la coloration verte à la coloration noire. Cette réaction est franchement positive dans la grossesse. Elle est toujours négative chez les sujets normaux, sauf chez la femme au moment des règles. Collin et Drouet attribuent cette réaction à la présence d'hormones mélanocytiques hypophysaires. Nous avons appliqué cette réaction dans des états psychopathi-

ques divers et en particulier dans la manie. Nous l'avons trouvée positive chez de nombreux maniaques et dans la manie seulement. Mais nous n'avons pas tardé à constater que cette réaction était inconstante ; nous ne l'avons pas retrouvée chez un même maniaque à diverses époques de la maladie. D'autres périodiques ne nous ont jamais donné des résultats positifs. De fait, Collin et Drouet ont montré qu'au cours de la grossesse, la réaction était également intermittente et devait être répétée pendant plusieurs jours avant de conclure à un résultat négatif. Cette méthode a été aussi pratiquée dans la psychose maniaque dépressive par le Professeur Uréchia, M. Kernbach et Mme Retezeanu (1). Ces auteurs, qui ont critiqué notre conception de l'origine hypophysaire de la manie, ont trouvé une réaction de Collin positive dans 15 cas sur 19. Ils contestent cependant la valeur de ces résultats positifs qu'ils opposent aux résultats négatifs chez les mêmes malades d'autres réactions hypophysaires, notamment la réaction d'Abderhalden. D'autres critiques, reprises d'ailleurs par ces auteurs, font remarquer qu'il est difficile de conclure à une origine déterminée d'une réaction obtenue avec un liquide aussi complexe que l'urine. Pour ces diverses raisons, nous avons été amenés à mettre de côté, du moins provisoirement et sous cette forme, la réaction des mélanophores de la grenouille.

Depuis lors, une nouvelle méthode beaucoup plus précise et susceptible d'éviter toute controverse a été proposée par les Professeurs Binet, J. Verne et par Mlle Luxembourg. Cette méthode représente la plus récente réaction biologique de la grossesse. Il ne s'agit plus ici d'observer une coloration dont l'appréciation peut être sujette à des interprétations personnelles. On examine directement sous le microscope la dilatation des mélanophores. De plus, ce résultat est acquis non plus avec l'urine totale mais avec un extrait traité de façon à isoler l'hormone hypophysaire. L'hormone obtenue par cette technique a été identifiée avec l'intermédiine de Zondeck, dont elle possède tous les caractères. Les Professeurs Binet et Verne ont mis en évidence avec toute la précision voulue que la grossesse s'accompagne de l'hyperproduction de l'hormone mélanocytaire hypophysaire. Ajoutons que les extraits commerciaux d'hypophyse antérieure ou postérieure

(1) Pour nous, nous avons renoncé, après de nombreux examens, à la méthode d'interférométrie, dérivée de la réaction d'Abderhalden, en raison de son imprécision. Nous avons cependant déterminé une formule interférométrique très fréquente dans la manie et ne s'opposant en rien à l'origine hypophysaire de cette affection.

déterminent une réaction positive. On opère sur l'écaillé isolée d'un des poissons les plus communs, le cyprin (*carassius vulgaris*). L'observation porte donc sur un tissu vivant, mais séparé de l'organisme ; on a ainsi le nouvel avantage d'éliminer toute action nerveuse possible et de ne laisser subsister que l'action hormonale. L'écaillé est soumise à l'action du résidu urinaire dissous. Au bout de quelques minutes (2 à 3 m.) on place l'écaillé sous le microscope et l'on constate l'étalement des mélanophores. Nous avons légèrement modifié cette technique : nous plaçons d'abord l'écaillé dans de l'eau distillée qui nous semble avoir la propriété de rétracter au maximum les mélanophores. Nous plaçons alors l'écaillé sous le microscope et, sur la lame même, nous versons quelques gouttes de la solution d'extrait urinaire. Nous assistons alors à toute l'évolution du phénomène : les mélanophores se présentent d'abord comme de petits grains arrondis, puis on les voit pousser des pseudopodes qui s'allongent, s'étaient et se ramifient. On aboutit à d'élégantes figures étoilées qui rappellent les cellules en araignée. Les mélanophores atteignent jusqu'à dix fois et plus leur surface primitive. Si la réaction est négative, la cellule pigmentaire ne change pas d'aspect ou de façon très peu marquée. Il ne peut y avoir de discussion sur le caractère positif ou négatif de la réaction. Elle a l'avantage de s'opérer sous les yeux de l'observateur et en un temps très court.

La technique de préparation de l'extrait urinaire inspirée des travaux de Jores Velde est la suivante : 100 à 300 cm<sup>3</sup> d'urine du matin, fraîchement recueillie, et traitée par de l'acétone à parties égales. Après 24 heures de repos, décantation et centrifugation. Le précipité est lavé à l'acétone dilué de moitié avec de l'eau distillée. Nouvelle centrifugation ; dissolution du dépôt dans l'alcool à 70° ; filtration et évaporation dans le vide. Le résidu est repris, dilué de moitié avec de l'eau distillée (5 cm<sup>3</sup> en tout).

MM. Binet, Verne et Mlle Luxembourg ont appliqué cette méthode au diagnostic de la grossesse. Après examen de multiples urines de sujets normaux ou malades (notamment de tuberculeux) chez lesquels la réaction est toujours négative, ils ont enregistré 18 cas positifs sur 18 femmes enceintes examinées aux diverses périodes de la gestation. Une seule cause d'erreur existe : la réaction peut quelquefois être positive quand l'urine est recueillie immédiatement avant les règles, et, nous ajouterons, immédiatement après.

Nous avons donc appliqué cette méthode à la fois si simple,



si précise et si démonstrative à la psychose maniaque dépressive. Dans tous les cas d'accès maniaques typiques, survenant chez des malades ayant eu plusieurs accès antérieurs, nous avons trouvé une réaction nettement positive. Nos recherches ne portent pas seulement sur des femmes, mais aussi sur des hommes. Ainsi donc, cette réaction de grossesse apparaît positive chez les maniaques des deux sexes. La réaction semble avoir son maximum d'intensité au début des accès, mais elle reste, en général, nettement positive pendant toute la durée de la crise. Chez une de nos malades, qui présente des accès à répétitions fréquentes, séparés par des intervalles normaux de courte durée, la réaction est positive durant l'accès, négative dans l'intervalle ; nous avons constaté par deux fois chez cette malade que la réaction ne devenait positive qu'au deuxième jour de l'agitation, dont le début est, il est vrai, très rapide. Nous avons comparé cette réaction maniaque avec la réaction gravidique et nous l'avons souvent trouvée plus intense. Nous l'avons également confrontée avec la réaction obtenue à l'aide d'extraits hypophysaires, et c'est souvent aussi la première qui l'emportait. Notre observation a porté sur 17 cas de manie intermittente ; nous n'avons eu qu'un insuccès chez une maniaque, atteinte d'une maladie intercurrente grave, qui modifiait totalement le tableau clinique. D'autres cas d'agitation assez voisins de la manie se sont montrés négatifs. Ce sont : deux cas de manie chronique datant de plusieurs années, avec léger affaiblissement intellectuel ; un cas de psychose présénile de type mixte sans accès antérieur ; un cas où le diagnostic était hésitant entre manie et hétérophrénocatatonie ; un cas de psychose polymorphe dégénérative. Les cas d'agitation nettement symptomatiques, telles qu'agitation confusionnelle, agitation catatonique ont été négatifs. Nous insistons sur ce fait qu'une réaction négative ne saurait être tenue pour un échec s'il ne s'agit pas de véritable accès maniaque chez un véritable intermittent sans état organique grave. Nous avons l'impression qu'il pourrait y avoir là un test diagnostique entre l'excitation maniaque et les excitations symptomatiques.

Quatre mélancoliques nous ont donné des réactions négatives ; cependant, dans deux cas d'agitation anxieuse chez des malades jeunes, nous avons observé la dilatation des mélanophores. Nous avons, de plus, examiné les réactions de douze sujets normaux, hommes et femmes ; nous avons expérimenté sur un nombre égal de malades mentaux de catégories très diverses (confusion, délire hallucinatoire et interprétatif, hétérophrénie, démences



variées). Nous avons aussi examiné les urines de migraineux et d'asthmatiques. Toutes ces réactions ont été négatives. Sur une même écaille, nous avons pu, à plusieurs reprises, faire varier dans un temps très court, la réaction de la phase positive à la phase négative et réciproquement, en utilisant alternativement des extraits d'urine normale et d'urine maniaque : l'urine normale fait rétracter les mélanophores dilatés, l'urine maniaque les fait étaler à nouveau. Nous avons varié nos expériences dans les conditions les plus diverses ; nous avons recherché toutes les causes possibles d'erreur. Nous signalons simplement, à nouveau, qu'il faut éviter de recueillir les urines immédiatement avant et immédiatement après la période menstruelle. Tels sont les résultats actuellement acquis ; nous ne présentons aujourd'hui que ces premières recherches. Elles ne portent encore que sur un nombre de cas trop restreint, tant en ce qui concerne les maniaques que les sujets normaux et que les autres malades mentaux. Nous nous proposons notamment, ce que nous n'avons pu faire jusqu'ici, d'examiner plus attentivement les épileptiques et les revendicateurs hypomaniaques. Nous ne saurions donc apporter de conclusions définitives. Nous poursuivons notre étude. Nous serions très heureux si l'on voulait bien expérimenter cette méthode et nous apporter les critiques qu'elle pourrait soulever. Cette réaction est simple, objective, à la portée de tous. Sa vérification est si nette qu'il ne peut y avoir de variation d'appréciation. Pour le moment, nous constatons simplement que cette nouvelle réaction, qui est considérée par ses auteurs, comme spécifique de la grossesse, se rencontre chez des malades mentaux et à peu près exclusivement chez des maniaques.

M. HAMEL. — Nous avons expérimenté avec Drouet la réaction des mélanophores chez les épileptiques. Les résultats ont été parfois positifs, mais à une époque où on utilisait l'urine totale. La discordance des résultats n'a pas permis de les publier.

La séance est levée à 18 h. 15.

*Les secrétaires des séances,*

P. ABÉLY et P. CARRETTE.

# SOCIÉTÉS

---

## Société de Neurologie de Paris

---

*Séance du jeudi 9 Janvier 1936*

---

**Présidence : M. TINEL, président**

---

**A propos des arachnoïdites primitives sans lésions médullaires,**  
par M. BARRÉ.

M. Barré rapporte l'histoire d'un malade atteint de douleurs intenses sans troubles de la sensibilité objective au niveau du membre supérieur et du thorax. Le réflexe pilo-moteur était plus marqué à ce niveau, le liquide céphalo-rachidien normal ; il n'existait pas d'arrêt à l'épreuve monométrique. Une laminectomie montra une arachnoïdite. On fit la section des quatre racines après laquelle on remarqua l'hypoesthésie très nette avec diminution du réflexe pilomoteur. L'auteur fait remarquer la disparition des troubles consécutive à l'opération, et l'hypoesthésie après section des quatre racines. Il conclut en outre que l'arachnoïdite ne dépendait pas d'une lésion médullaire.

**Sur les caractères des douleurs fulgurantes du tabes,**  
par MM. ALAJOUANINE, THUREL et BRUNELLI.

**Syndrome de Claude Bernard-Horner par blessure intra-orbitaire et signe d'Argyll-Robertson traumatique,** par MM. LAIGNEL-LAVASTINE et Jean VOISIN.

Les auteurs présentent un ouvrier de 57 ans, blessé par un éclat de métal qui, par la partie interne de la paupière supérieure, a pénétré profondément dans l'orbite.

Le syndrome de Claude Bernard-Horner fut typique après résorption de l'hématome orbitaire. Il doit être rapporté à une lésion des filets sympathiques qui accompagnent le nerf optique. Ce nerf fut sectionné par l'éclat, comme le prouve l'examen du fond de l'œil ; cet éclat est localisé par la radiographie au sommet de l'orbite.

Bien que les pertes du réflexe photomoteur soient expliquées par la section du nerf optique, la dissociation constatée entre le réflexe consensuel aboli et la réaction inverse normale à l'accommodation à la convergence, doit être regardée comme l'analogie d'un signe d'Argyll-Robertson traumatique.

#### **Présentation d'un cas de maladie de Steiner par MM. CLAUDE et COSTE.**

MM. Claude et Coste présentent un cas de myopathies myotoniques avec malformations faciales et maxillaires, chez un malade débile mental atteint de troubles endocriniens : calvitie, testicules minuscules et acrocyanose prononcée. Il existait une pseudo-hypertrophie des jumeaux avec grosses nodosités douloureuses dans le jumeau externe.

La radiographie montre une petite selle turcique irrégulière.

Ce malade ne présentait pas de trouble thyroïdien ou parathyroïdien, mais réagissait d'une façon exagérée à l'épreuve hypophysaire.

Les auteurs discutent les rapports de ce syndrome avec les lésions des régions hypophysaires et hypothalamiques.

#### **A propos du repérage radiographique du rocher dans les tumeurs de la huitième paire. (Présentation de radiographies), par M. Clovis VINCENT.**

M. Clovis Vincent apporte de nouvelles précisions sur la technique qui fit déjà l'objet d'une communication lors de la dernière séance.

#### **Un cas d'ablation partiel du lobe frontal sans troubles de l'équilibre, par MM. A. THOMAS, Th. DE MARTEL et GUILLAUME.**

Présentation d'un malade atteint de crise d'épilepsie et faisant des fugues, sur qui une opération frontale fut pratiquée à deux reprises. Actuellement, malgré la grosse destruction de la région frontale, le malade ne présente aucun signe cérébelleux, aucun trouble praxique. On ne note qu'une hypoexcitabilité vestibulaire bilatérale.

*Discussion.* — M. VINCENT souligne que ce fait confirme ce que M. Barré et lui-même ont déjà soutenu.

M. BARRÉ rappelle également qu'il n'a jamais vu de troubles ataxiques ou cérébelleux après ablation du lobe frontal, et que cette question est entièrement à revoir. Il rappelle également que l'hypoexcitabilité vestibulaire est fréquente dans les lésions cérébrales anciennes.

#### **Myoclonies rythmées vélo-pharyngo-laryngées et myoclonies squelettiques, par MM. O. CROUZON et Jean CHRISTOPHE.**

Les auteurs présentent une malade chez laquelle ils ont pu constater, au cours d'un syndrome pseudo-bulbaire et cérébelleux, d'origine protubéran-

tielle, l'apparition de myoclonies rythmiques et synchrones vélo-pharyngo-facio-laryngées bilatérales et de myoclonies oculaires et squelettiques unilatérales. Les auteurs discutent l'identité de nature des deux syndromes myocloniques et tentent de préciser le siège des lésions et des dégénéralions responsables de la symptomatologie observée.

#### **Symptomatologie de l'hémorragie du thalamus, par M. J. LHERMITTE.**

A propos d'un cas de syndrome thalamique post-apoplectique, l'auteur précise les caractères cliniques qui permettent de différencier les lésions malaciques et hémorragiques de la couche optique. Les premières s'expriment par une hémiplégie massive et brutale doublée d'hémianesthésie et d'aphasie et souvent d'une période comateuse prolongée. Plus ou moins vite les phénomènes paralytiques et aphasiques se réduisent ou se dissipent complètement, ainsi que le montre l'auteur à propos d'un cas personnel. Les troubles de la sensibilité demeurent souvent profonds mais ménagent les muqueuses orificielles ainsi que les zones tégumentaires avoisinantes. Quant aux douleurs, tantôt celles-ci se manifestent, tantôt elles font défaut complètement, comme dans le présent cas. Il semble que l'absence de douleurs spécifie une altération destructive massive du thalamus.

#### **Etude anatomo-pathologique de l'encéphalite japonaise, par MM. Ivan BERTRAND et K. MIYASHITA.**

Ces auteurs montrent les caractères différentiels de l'encéphalite japonaise et de l'encéphalite de von Economo. Dans l'encéphalite japonaise, à côté des lésions poliencéphalitiques et poliomyélitiques, on trouve des foyers disséminés de démyélinisation, à rapprocher de ceux de la sclérose en plaques aiguë. On remarque, en outre, des foyers nécrotiques destructifs.

#### **Maladies de Schilder, par MM. Jacques de MASSARY et R. ALBEISSAR.**

Les auteurs rapportent l'observation d'une malade âgée de 41 ans qui fut atteinte, en octobre 1932, de faiblesse des membres inférieurs, de maladresse des membres supérieurs, avec troubles mentaux à type d'indifférence et de puérilisme. En six mois, ces symptômes initiaux se transformèrent en paraplégie spasmodique intense, avec troubles oculaires hémianopsiques par décoloration papillaire, apraxie, aphasie et démence complète. La ponction lombaire fut entièrement négative et la mort survint en mars 1933 par escarre fessière avec infection secondaire et crise d'agitation maniaque. L'examen histologique révéla l'existence de zones très étendues de démyélinisation des centres ovales et de réaction névroglique marquée, ce qui permit de porter le diagnostic de Maladie de Schilder. A ce sujet, les auteurs insistent sur l'autonomie nette, du point de vue clinique et anatomique, de cette curieuse et rare affection.

*Discussion.* — M. BERTRAND compare ces cas aux encéphalites démyélinisantes à petits foyers, type vaccinal.

M. LHERMITTE insiste sur les caractères particuliers de la démyélinisation due à l'évolution rapide de la maladie.

**L'action neurolytique du venin d'abeilles. — Etude expérimentale,**  
par MM. J. LHERMITTE et HASKOVEC.

Depuis plusieurs années le venin d'abeilles est employé couramment en thérapeutique, mais l'action de ce venin sur le système nerveux est mal connue. Les auteurs ont injecté de l'extrait du venin déprotéiné sous la peau et dans le sang de lapins sans provoquer de réactions, à moins d'employer des doses incomparables avec celles que l'on utilise chez l'homme. Au contraire, l'introduction de venin dans la citerne sous-occipitale détermine de violentes et durables crises convulsives suivies de mort du sujet. Chez un lapin ayant survécu 18 heures, l'étude histologique a permis de constater l'existence de dégénérescences des neurones de la moelle, du cortex et des cellules de Purkinje, du cervelet, du type des altérations aiguës de Nissl.

D'autre part, les auteurs ont recherché si l'injection para-nerveuse de venin provoquait des phénomènes qui puissent être rattachés à une atteinte des fibres des nerfs périphériques ; il n'en est rien. Mais si l'on injecte le venin directement dans le nerf sciatique on provoque des dégénéralions importantes.

En résumé, l'introduction du venin d'abeille directement dans les centres nerveux ou dans les troncs périphériques met en évidence une propriété neurolytique très nette dont on pourra sans doute tirer parti en thérapeutique.

*Discussion.* — M. BERTRAND rappelle qu'il a étudié l'action neurolytique du venin de cobra. Les résultats anatomiques étaient nuls, fait qu'il explique par l'action trop rapide de ce poison.

**Un cas de pupille excentrique chez un malade atteint de**  
**néo-formation basilaire, par M. GARCIN.**

M. Garcin rapporte le cas d'un malade présentant de l'exophtalmie, une réaction pupillaire tonique à la convergence et une pupille excentrique variable. Il suppose que la néoformation basilaire dont ce malade est atteint a successivement touché les nerfs ciliaires longs, puis les nerfs ciliaires courts. L'auteur rappelle en outre les travaux de Piltz à ce sujet.

**Syndrome adiposo-génital et acromégalie, par M. DAVID.**

**Polynévrite neuro-anémique des membres supérieurs,**  
par MM. H. ROGER et Jean OLMER.

Chez une malade revenant des colonies, une anémie de 2.800.000 globules rouges d'origine indéterminée s'accompagnant d'une parésie des membres supérieurs prédominant dans le territoire des radiaux a rétrocedé rapidement par l'hépaté et la gastrothérapie. A noter l'existence au début de l'évolution de quelques troubles psychiques (forme fruste de syndrome de Korsakoff).

M. LECONTE.

---



Séance du Jeudi 23 Janvier 1906

---

Présidence : M. TINEL, président

---

**Le faisceau rubrospinal chez l'homme, par M. ANDRÉ-THOMAS.**

L'auteur rapporte le cas d'une tumeur de la région pédonculaire (hémangiogliome) ayant envahi la calotte et respecté le pied. Lésions graves des deux noyaux rouges, des rubans de Reil (latéraux et médians), des deux noyaux de la III<sup>e</sup> paire, du pédoncule cérébelleux supérieur droit, des faisceaux longitudinaux postérieurs ; prolongement à droite dans la partie supérieure de la calotte protubérantielle, en haut dans la région sous-thalamique et thalamique. Coloration par la méthode de Marchi. Dégénération descendante totale avec corps granuleux nombreux dans le faisceau central de la calotte, des deux côtés. Aucun grain noir ni aucun corps granuleux dans les régions traversées par le faisceau rubro-spinal chez l'animal et par les fibres dégénérées signalées par quelques auteurs chez l'homme, à la suite de lésions de la calotte protubérantielle.

Discussion de l'existence, de la constance et de l'importance de ce faisceau chez l'homme.

**Etude des modifications des méninges dans certaines maladies du système nerveux central, par MM. ALAJOUINE et HORNET.**

**Etude anatomo-clinique d'un cas d'éclampsie  
par MM. ALAJOUINE et HORNET.**

Les auteurs rapportent l'étude anatomique d'un cas d'éclampsie, survenue neuf jours après l'accouchement. L'examen anatomique a montré un processus de vaso-dilatation avec stase circulatoire et hémorragie méningée secondaire. Les auteurs insistent sur le trouble vaso-moteur, cause probable de l'éclampsie.

**Neurinomes multiples (gliomes périphériques développés exclusivement sur le territoire du nerf sciatique), par MM. P. SAINTON et J. LHERMITTE.**

Observation d'un malade chez lequel se sont développées successivement des tumeurs siégeant entre les fascias et le tégument et s'échelonnant depuis la fesse gauche jusqu'au pied. La tumeur primitive du pied est apparue trente ans avant les autres néoformations et est restée indolore. Les tumeurs occupent exactement le trajet de certaines branches du nerf sciatique : nerf cutané postérieur, musculo-cutané, branche cutanée péronière du sciatique poplité externe. Ablation de deux tumeurs et étude anatomique. Celle-ci montre la structure typique des neurinomes.

Le problème qui se pose est de savoir s'il s'agit d'une néoformation à point de départ polycentrique ou de métastase sur un territoire nerveux périphérique. On sait, en effet, que Lhermitte et Guccione ont montré que les neurinomes pouvaient essaimer dans l'axe cérébrospinal et déterminer une neuroglíomatose centrale. En est-il de même dans le système nerveux périphérique ? Le fait que les tumeurs sont d'âge différent, que pendant fort longtemps la tumeur du pied est restée solitaire, enfin et surtout que ces néoplasies sont strictement cantonnées dans le système sciatique, constituent des arguments favorables à l'hypothèse de métastases multiples.

**Ramollissement hémorragipare d'origine veineuse chez un enfant atteint de malformation cardiaque,** par J. LHERMITTE, J. LEREBoullet et KAPLAN.

Chez un enfant de 14 mois, présentant une atrésie de l'artère pulmonaire avec communication interventriculaire survient, au cours d'une asystolie, une hémiparésie droite complète. Après rétrocession légère des phénomènes paralytiques, l'enfant succomba. A l'autopsie, on découvre l'existence d'une hémorragie massive infiltrant tout le lobe temporal gauche. Les veines cérébrales superficielles sont thrombosées. Histologiquement, il s'agit d'un ramollissement hémorragique qui s'associe facilement à la nécrobiose cérébrale. Ce cas montre que la stase veineuse et la thrombose sont à l'origine du ramollissement, et que les malformations cardiaques telles l'atrésie pulmonaire peuvent entraîner indirectement les plus graves désordres dans la circulation encéphalique.

**Incrustations des cellules corticales dans la chorée chronique non huntingtonienne,** par MM. J. LHERMITTE et J.-O. TRELLES.

Dans un cas de chorée survenue soudainement et dont l'évolution s'est poursuivie pendant de longues années, les auteurs ont constaté, à côté de lésions putaminales, l'existence d'une variété d'altérations des cellules corticales assez particulières. Dans les circonvolutions précentrales, les cellules pyramidales et spécialement les cellules de Betz apparaissent enveloppées de gros grumeaux très chromatophiles sphérulés ou filamenteux, lesquels se prolongeaient sur les expansions dendritiques. Les cellules nerveuses atteintes offraient tous les traits de la dégénération grave de Nissl, ainsi qu'on l'observe dans les maladies à évolution rapide.

De plus, les cellules névrogliques proliférées laissaient reconnaître les mêmes incrustations.

La lésion décrite ne figure pas dans le tableau anatomique précis aujourd'hui de la chorée de Huntington.

**Troubles démentiels. — Signe d'Argyll-Robertson sans syphilis nerveuse. — Syndrome d'étéro-spinal avec aréflexie vestibulaire par artériolite et veinulite intra-cérébrale en zones,** par M. le Prof. J.-A. BARRÉ, Mlle S. ROUSSET et C. d'ANDRADE.

Ces auteurs rapportent l'étude anatomo-clinique d'une femme de 61 ans qui présentait, en outre des faits signalés dans le titre, un spasme des releveurs des paupières. Ils montrent, pièces en mains, la superposition étroite entre les troubles nerveux et la topographie des lésions des artérioles et des veinules de l'encéphale qui existaient dans la zone frontale, dans la

calotte pédonculaire et dans la calotte protubérantielle. Des coupes sérieées ont montré qu'il n'existe qu'un seul tout petit foyer de ramollissement dans la profondeur de la protubérance et que les grosses artères, les grosses veines étaient à peu près totalement intactes.

Ce cas s'inscrit à la suite de ceux où l'Argyll-Robertson typique, non syphilitique, a été rattaché à des lésions vérifiées de la région de la calotte pédonculaire. Il pourra servir à localiser le centre des lésions du spasme tonique des releveurs des paupières, et par ailleurs justifier l'idée que l'ataxie, dite frontale, reconnaît comme cause réelle des lésions extra-frontales qui portent sur les voies de l'équilibration.

#### **Paralysie flasque au cours d'un cancer de la prostate**

par MM. LHERMITTE et BEAUDOIN.

#### **Les périvascularites dans les affections nerveuses inflammatoires,**

par MM. IVAN BERTRAND et K. MIYASHITA.

#### **Les périvascularites dans les affections nerveuses dégénératives,**

par MM. IVAN BERTRAND et K. MIYASHITA.

M. LECONTE.

---

## **Société de Médecine Mentale de Belgique**

---

*Séance du 21 Décembre 1935*

---

**Présidence : M. ALEXANDER, président**

---

**Augmentation considérable du volume du crâne chez une adolescente ; troubles psychiques et épilepsie ; discussion du diagnostic,** par MM. H. BAONVILLE, J. LEY, A. MEYERS et J. TITECA.

Présentation d'une jeune fille de 25 ans, sans antécédents pathologiques, dont le développement somatique et intellectuel a été normal jusqu'à l'âge de 15 ans. A cette époque on a constaté une augmentation progressive du volume du crâne, sans autres troubles. A 17 ans, la malade devient inattentive, rêveuse, apathique ; la mémoire diminue. Elle parvient néanmoins à obtenir son diplôme final d'études gréco-latines à 18 ans. Peu de temps après apparaissent des crises épileptiques, et les troubles mentaux s'aggravent. Actuellement, l'examen met en évidence de gros troubles de l'atten-

tion et de la mémoire ; le jugement est puéril ; il existe des troubles du caractère et du comportement ; les accidents comitiaux persistent. A part une augmentation considérable du volume du crâne prédominant sur la région occipitale, les examens somatiques et sérologiques ne révèlent aucune anomalie. Il n'existe aucun signe clinique d'hypertension intracrânienne. Au point de vue endocrinien, les épreuves fonctionnelles fournissent des résultats normaux. Seule la radiographie montre un aspect très net d'hypertension intracrânienne : élargissement des sutures, dépressions intracrâniennes très marquées, selle turcique fortement élargie. La ventriculographie n'a pu être pratiquée. Les auteurs discutent le diagnostic, émettant l'hypothèse d'une hypertension intracrânienne de cause probablement tumorale et à évolution très lente.

**Recherche du virus tuberculeux dans le liquide céphalo-rachidien et le sang de déments précoces atteints de tuberculose non nerveuse, par M. BEERENS.**

Dans des recherches très précises, effectuées sous la direction du professeur R. Nyssen, au moyen des techniques bactériologiques les plus récentes, l'auteur a examiné le sang et le liquide céphalo-rachidien de douze déments précoces avérés, dont un certain nombre étaient atteints de tuberculose. Dans aucun cas le virus tuberculeux n'a pu être mis en évidence ; toutes les inoculations et réinoculations à des cobayes sensibilisés par les extraits bacillaires sont restées négatives. L'auteur résume les résultats concordants de toute une série de recherches récentes sur le même sujet, et montre que sans exclure d'une manière absolue la possibilité d'une étiologie tuberculeuse dans certains cas de démence précoce, on doit admettre que les résultats positifs obtenus par certains auteurs ne permettent aucune conclusion.

**Recherches comparatives sur le sang de malades agités non soumis à un traitement par la diéthylmalonylurée, par M. A. LEROY.**

L'examen de la formule sanguine et de la teneur du sang en hémoglobine chez des malades chroniques agités n'ayant jamais été traités par la diéthylmalonylurée, montre qu'on rencontre dans ces cas, avec la même fréquence que chez les malades traités depuis plusieurs années par ce médicament, un certain degré d'anémie. On ne peut donc accuser le médicament d'être la cause de ces modifications sanguines.

J. LEY.

---

## Société Belge de Neurologie

---

Séance du 21 Décembre 1935

---

Présidence : M. R. LEY, secrétaire général

---

### Le traitement du parkinsonisme post-encéphalitique, par M. R. LEY.

L'auteur présente un film cinématographique pris dans le service du professeur Negro à Turin, relatif au traitement du parkinsonisme post-encéphalitique par de nouveaux extraits de racine de belladone. Ceux-ci agissent surtout sur la rigidité, parfois aussi sur le tremblement, et sont supérieurs aux produits utilisés jusqu'à présent dans la thérapeutique de cette pénible affection.

### Un cas atypique de myotonie atrophique, par M. L. MASSION-VERNIORY.

Présentation d'une femme de 40 ans, sans antécédents pathologiques personnels ou familiaux, dont l'affection évolue depuis vingt ans et a débuté par une difficulté de la décontraction musculaire, augmentée par le froid. Il y a dix ans est apparue une faiblesse progressive des quatre membres. Il existe une atrophie musculaire prédominant à la racine des membres et atteignant certains muscles du cou et de la face. On ne relève pas de troubles trophiques autres qu'une certaine obésité du tronc et de la racine des membres. La décontraction musculaire est lente ; il existe une réaction myotonique à la percussion de certains muscles, mais pas de réaction myotonique des pupilles. Tous les réflexes tendineux sont abolis.

L'examen du cristallin révèle la coexistence d'une cataracte ponctuée corticale du type Vogt et d'une cataracte stellaire du pôle postérieur du type Fleicher.

L'auteur pense que ce cas atypique représente une transition entre la myopathie et la maladie de Thomsen.

### Insuffisance motrice avec syndrome myotonique chez un débile mental, par MM. DIVRY et EVRARD.

Présentation d'un garçon de 15 ans, retardé intellectuel, présentant un état de débilité motrice avec lenteur de la décontraction musculaire des mains ; il existe une réaction myotonique à la percussion de certains muscles extenseurs des doigts. Du côté oculaire, l'examen ne révèle rien de



particulier, mais la mère du sujet qui, par temps froid, présente aussi des troubles discrets de la série myotonique, est atteinte d'une cataracte stellaire du type Fleischer. D'autre part, elle a un neveu qui présente également des troubles musculaires, mais qui n'a pu être examiné. Il s'agit d'un syndrome myotonique partiel à caractère héréditaire.

**Crise de rire spasmodique immédiatement avant le décès ; autopsie ;  
hémorragie thalamique double, par M. ANDERSEN.**

Une femme de 58 ans, devenue pseudobulbaire à la suite de petits ictus, dont le premier est survenu à 35 ans, présente une légère astasie-abasie, un signe de Babinski bilatéral, du rire et du pleurer spasmodique. Brusquement, elle présente un ictus atypique : elle se plaint d'abord d'un bruit terrible dans les oreilles, puis ne parvient plus à parler, mais reste consciente. On constate une paralysie du regard vers le bas, puis la malade est prise d'un rire spasmodique inextinguible qui dure près de deux heures ; la face est cyanosée, il existe un état asphyxique. Le coma s'installe brusquement et la malade meurt quelques heures après.

A l'autopsie, on trouve de petits foyers de ramollissement disséminés dans les deux hémisphères et les ganglions de la base sont détruits par des hémorragies récentes atteignant surtout les deux thalamus. Il y a inondation ventriculaire.

Contrairement aux crises de rire et de pleurer spasmodiques, que la malade présentait antérieurement, la crise de rire survenue au moment de la destruction bilatérale du thalamus a été indépendante de tout facteur émotionnel ; c'était une succession rapide d'expirations forcées, qui représenteraient le mécanisme isolé du rire.

J. LEY.

# ANALYSES

---

## JOURNAUX ET REVUES

---

### HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Hippocrate philosophe (Les sources philosophiques de ses aphorismes), par le Dr M. KLIPPEL (*Hippocrate, Revue d'Humanisme médical*, octobre 1935, pages 610-622).

Le procédé de l'induction, rapide ou lente, établi par la philosophie d'Hippocrate, et conduisant au diagnostic, est d'un usage constant en médecine pratique. Il est par là indiscutable que les lointains successeurs du Maître se rattachent encore à lui par des liens étroits.

M. Klippel montre ici qu'Hippocrate a enseigné la médecine par la philosophie. Le médecin-philosophe est, d'après Hippocrate, égal à un Dieu. Il en a été lui-même le modèle le plus parfait : 1° par les tendances innées de son esprit philosophique dans les jugements d'une rare pénétration qu'il porte à toute occasion, dans la clarté de ses formules concises ; 2° parce qu'il emprunta à des philosophes, qui étaient en même temps plus ou moins médecins ; 3° par les principes généraux qu'il a demandés à la philosophie elle-même, principalement dans l'établissement de sa doctrine médicale, en ce qu'elle offre de plus génial.

Dans ce qu'elle a de plus général, cette méthode se résume en l'observation unie au raisonnement. Avec Hippocrate, l'induction est un procédé défini et dénommé. Ses cinq préceptes fondamentaux : « *la vie est courte, l'art est long, l'occasion est fugace, l'expérience est trompeuse, le jugement est difficile* » sont d'une antiquité certaine, mais les sophistes les avaient développés, leur donnant un caractère péjoratif tendant à établir l'impuissance humaine et à donner plus de force à leur doctrine.

M. Klippel indique les sources de la théorie des *quatre humeurs* (sang, bile, phlegme, atrabile), dont le nombre a pour conséquence logique celui des *tempéraments* et dont les proportions fixes sont, pour Hippocrate, les conditions de l'état de santé : l'irrégularité de l'une d'elles correspond à l'état de maladie. A Parménide d'Elée, et par lui à Héraclite, Hippocrate a emprunté cette notion que les tempéraments, issus des humeurs, ont une influence sur le moral et modifient la pensée.

Avec lui, la médecine cessa d'être un art divin. Il a établi *les rapports*

de l'organisme, soit dans l'état de santé, soit dans l'état de maladie, avec les conditions du milieu extérieur, substituant ainsi les causes naturelles aux causes divines. Or, son « vitalisme » est l'application à la médecine des préceptes que les philosophes d'Ionie avaient admis pour l'ensemble des êtres vivants.

Si, d'une façon générale, la désignation des *jours critiques* a sa source dans les nombres de Pythagore, Hippocrate a établi, suivant sa propre méthode, certaines périodes régulières qui échappent à ce que nous savons des nombres sacrés de Pythagore, s'écartant ainsi en partie des dogmes de la philosophie.

De toute l'œuvre hippocratique, la conception de *la nature médicatrice* apparaît comme le point de vue le plus génial. Elle est liée à la façon dont Hippocrate a considéré l'organisme et la force vitale qui l'anime. Or, la force vitale d'Hippocrate ne diffère pas de celle des philosophes naturalistes. La façon dont il a compris l'action de l'organisme est conforme à l'explication qui est attribuée à Thalès lorsqu'on lui fait dire que la nature est intelligente et inconsciente. La défense de l'organisme a plus d'importance que la cause de la maladie ; le médecin ne fera que favoriser l'effort curateur de la nature et il devra prendre grand soin de le respecter. « La nature est le premier des médecins », dit une parole antique et, s'il est douteux que cette phrase soit d'Hippocrate lui-même, elle est, écrit M. Klippel, la formule lapidaire qui résume sa doctrine.

René CHARPENTIER.

## PSYCHIATRIE

**L'anxiété. Sa nature et son traitement.** (Anxiety : Its Nature and Treatment), par Henry HARRIS. *The Journal of Mental Science*. T. LXXX, n° 330 et 331, pp. 482-512 et 705-715, juillet et octobre 1934.

Le problème de l'anxiété est complexe car il implique des circonstances émotionnelles spéciales auxquelles participent l'individu, son milieu, des perturbations psychologiques et physiologiques. Il est impossible de tout ramener à un trouble végétatif initial ou à une désadaptation psychique. L'interprétation de M. Harris tient compte du déséquilibre des tensions qui, chez l'anxieux, entretient des conflits de quatre ordres. Ces conflits indiquent la nature des troubles et les directives du traitement : le problème psychologique individuel requiert les ressources de la psychanalyse ; la désadaptation sera combattue par l'orientation des énergies défaillantes ; l'état de tension et de spasme demande un essai de rétablissement de l'intégrité viscérale et endocrinienne ; enfin le dérèglement physiologique exige la correction des métabolismes troublés.

P. CARRETTE.

**Remarques sur le problème des psychoses symptomatiques** (Bemerkungen zur Problematik der symptomatischen Psychosen), par I. GOTTSCHICK. *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, Vol. 91, fasc. 2, 1935.

L'aspect clinique d'une psychose symptomatique ne dépend pas de l'affection somatique causale. Aussi l'identification de « types » plus ou moins nombreux, déjà critiquable à d'autres points de vue, n'est d'aucune utilité

pour la solution du problème pathogénique. Celui-ci est le même pour toutes les psychoses symptomatiques, sans considération de la maladie causale ni de la forme clinique. Mais l'opinion courante d'une atteinte toxique des centres cérébraux doit être rejetée. L'auteur — qui a traité déjà antérieurement le problème, à propos des psychoses d'origine cancéreuse, dans sa thèse (Hambourg, 1934) — invoque une réaction spéciale, réversible, dans le sens de l'hypofonctionnement, de certaines cellules corticales très sensibles à l'égard des maladies somatiques. La prédisposition, des facteurs physiologiques ou pathologiques passagers, pourraient jouer le rôle de « chaînons étiologiques intermédiaires ». La réaction ganglionnaire corticale détermine un trouble de la conscience, perturbation primordiale et constante de toutes les psychoses symptomatiques, dont toutes les autres manifestations sont la conséquence directe ou indirecte.

E. BAUER.

**Des rapports étiopathogéniques entre le cancer et les maladies mentales** (Sui rapporti fra il cancro e le malattie mentali), par Giuseppe BIANCHI (de Novara). *Giorn. di Ps. e N.*, 1934, n° 3.

L'auteur conclut, comme ceux dont il donne les références bibliographiques, qu'il n'y a pas de rapport entre le cancer et les maladies mentales.

Henri Ey.

**Phénomènes de dépersonnalisation dans les maladies cérébrales** (Depersonnalisationserscheinungen bei Hirnerkrankungen), par B. FRANK (de Dnjepropetrowsk). *Zeitschr. f. d. ges. Neuro. und Psych.*, Tome CXLIX, p. 563 à 582.

Relation de trois observations assez intéressantes. La première est celle d'un ingénieur de 56 ans qui présente un syndrome d'aphasie après ictus apoplectiforme. — Dans la seconde, il s'agit d'une femme de 45 ans qui présente également une phase de coma apoplectique et consécutivement un syndrome aphasique. — Enfin, dans la troisième observation, l'auteur rapporte le cas d'un traumatisme avec perte de connaissance chez un jeune homme de 23 ans. Dans l'évolution des troubles de ces malades, l'auteur a rencontré un syndrome de dépersonnalisation, d'étrangeté qui s'intégrait dans l'ensemble des troubles neuro-psychiques.

Henri Ey.

**De l'indigence intellectuelle** (Über den Schwachsinn), par EWALD. *Münchener medizinische Wochenschrift*, 1935, n° 33.

Le nombre total des oligophrènes existant en Allemagne peut être évalué à 300.000, dont 200.000 cas d'oligophrénie héréditaire. L'hérédité dominante a été observée parfois, mais le plus souvent il s'agit d'hérédité récessive dihybride. En cas d'oligophrénie d'un des parents, un tiers à la moitié des enfants en sont également atteints ; si les deux parents sont des arriérés, 90 p. cent des enfants le sont. Les résultats du traitement et de l'éducation sont décevants ; seule la stérilisation, en contribuant à faire diminuer le nombre des arriérés, promet un résultat social utile.

E. BAUER.

**La psychose catatonique primitive de l'idiotie** (The primitive Catatonic Psychosis of Idiocy), par C. J. C. EARL. *The British Journal of Medical Psychology*. T. XIV, n° 3, pp. 230-253, 23 octobre 1934.

Une psychose catatonique primitive est décrite chez les idiots. Le syndrome comprend 3 groupes de manifestations : des signes de détérioration par perte des habitudes élémentaires ; des signes de catatonie, tantôt avec catalepsie typique, tantôt sous forme de simple hyperkinésie, les phénomènes psychomoteurs revêtant les caractéristiques des stéréotypies dans le sens de Kläsi, plutôt que des monotypies ordinaires des idiots ; enfin des signes de dissociation émotionnelle : rires et pleurs sans motifs apparents, impulsions. Le syndrome catatonique a été observé par M. Earl dans les divers types d'idiotie : mongolisme, forme simple, encéphalopathies, démence infantile. Il survient de préférence avant la puberté et correspond plutôt au stade de maturité intellectuelle qu'à celui de maturité sexuelle. Du point de vue du concept schizophrénique, il s'agit d'une réaction de type psychomoteur et non de type symbolique.

P. CARRETTE.

**Position actuelle des problèmes de la démence précoce et des états schizophréniques**, par Henry Ey. *L'Evolution Psychiatrique*, fasc. 3, pp. 3-24, 1934.

Les syndromes que M. Ey désigne sous le nom de « psychoses discordantes » diffèrent de la démence, des états confusionnels, des dysthymies. Elles peuvent se développer au cours de processus tels que la tuberculose ou la syphilis, être une réaction à des processus dégénératifs. Elles ne sont pas constitutionnelles et ne sauraient trouver leur explication dans les théories psychogénétiques. Les psychoses discordantes ne se superposent pas exactement à la démence précoce. Leur expression revêt deux formes typiques : la *schizophrénie délirante* et une partie du groupe des *paraphrénies*, la *schizoprarie*, forme voisine de l'hébéphrénocatatonie.

P. CARRETTE.

**Les recherches végétatives dans la schizophrénie par la technique de Danielopolu** (Las pruebas vegetativas en la esquizofrenia siguiendo la técnica de Danielopolu), par N. ANCOHEA et C. RODRIGUEZ CUEVILLAS. *Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades*. T. XXXVII, n° 40, pp. 1103-1110, 6 octobre 1934.

L'atropine exerce une action amphotrope. Les recherches de Daniélopolu portent sur la tachycardie orthostatique, le vague étant intact, et l'emploi de l'atropine à doses successives pour vérifier son influence sur le cœur et le vague. Appliquées au schizophrène, elles montrent que l'état habituel est hypo-neuro-végétatif avec de courtes périodes d'irritabilité sympathique. La faible réaction aux stimulants correspond à une véritable anergie végétative, à une débilité fonctionnelle presque constante.

P. CARRETTE.



**Le dessin des schizophrènes** (Das Zeichnen Schizophrener), par Peter-Emil BECKER (Hambourg). *Zeitsch. f. d. g. Neuro. und Psych.*, Tome CXLIX, p. 433 à 489.

Cette véritable monographie puise son originalité dans son inspiration rigoureusement positive. Becker ne veut pas répéter les innombrables spéculations qu'a suscitées le problème de l'art dans ses rapports avec la folie. Le but qu'il se propose et qu'il a atteint est une étude quasi-expérimentale de la façon de dessiner des schizophrènes. Il a d'abord étudié le dessin commandé, c'est-à-dire la reproduction d'un modèle comportant quatre figures schématiques dont trois purement ornementales et géométriques. Il a comparé avec la production de 29 hommes et de 12 femmes de condition normale, les dessins de 75 schizophrènes soumis aux mêmes épreuves. De plus, le travail repose sur l'analyse de productions spontanées de deux schizophrènes dont l'un dessinait et commentait ses dessins en présence de l'auteur. La reproduction des modèles a révélé des altérations importantes liées aux processus de condensations, de stéréotypies et aussi à une part positive, pour ainsi dire réactionnelle de la pensée des schizophrènes. Il existe en effet chez ces malades un besoin de compenser la défaillance du dessin. Les œuvres spontanées manifestent également la substitution des fonctions de dérivation, de symétrie à la création véritablement synthétique (à laquelle préside comme le veut Schleiermacher l'acte de la « connaissance », la « Besinnung »). Il n'y a jamais, dit Becker, de vrai dessin, d'ensemble, développant une finalité unique d'expression chez le schizophrène. Il n'y a qu'une mosaïque, des séries, des juxtapositions. Aussi l'auteur invoque-t-il souvent les analogies de ces productions morbides avec l'entrelac vague et rythmique de lignes par lequel s'expriment la distraction, la rêvasserie ou la captation de l'attention qui libère le dessin automatique, fleuri, ornemental et sériel. Une bibliographie des travaux parus depuis ceux de Prinzhorn et l'article de Bürger Prinz (in Bumke) qui contiennent toutes les indications jusqu'en 1919 et 1932, complète ce travail méthodique très utilement illustré.

Henri Ex.

## NEUROLOGIE

**Recherches hérédopathologiques sur la chorée de Huntington, dans une population paysanne suédoise** (Vererbungsmedizinische Untersuchungen über Huntington's Chorea in einer schwedischen Bauernpopulation), par Forsten SJÖGREN. *Zeitschrift für menschliche Vererbungs- und Konstitutionslehre*, Vol. 19, fasc. 2.

La fréquence des cas de chorée d'Huntington parmi les populations de deux paroisses voisines, très isolées, de la Suède septentrionale, a suggéré une enquête sur les ancêtres qui a permis de dépister 88 cas typiques de la maladie, dans l'espace de deux siècles. 50 cas descendent d'un même couple d'ancêtres, 27 cas d'un autre couple, les 11 cas restants de trois couples différents. Mais les ancêtres de ces 5 couples ayant eux-mêmes résidé dans des hameaux avoisinants de la même paroisse, il est permis de supposer qu'ils appartenaient à une même souche. Il est très probable que l'hérédité de la chorée d'Huntington revêt le type dominant monohybride.

E. BAUER.

**Compressions médullaires dans la neurofibromatose**, par O. CROUZON et J. CHRISTOPHE. *Le Monde Médical*, n° 857, pp. 1049-1053, 15 décembre 1934.

Un syndrome diffus rappelant celui de la sclérose latérale amyotrophique ou de la syringomyélie est d'un diagnostic étiologique parfois difficile. Il ne faut jamais oublier d'envisager la possibilité d'une localisation centrale de la neurofibromatose avec coexistence de fibrogliomes radiculaires et même de tumeurs sur le trajet de nerfs crâniens. La localisation acoustique est la plus fréquente ; celle du nerf optique est exceptionnelle. La présence des signes médullaires doit inciter à la recherche des manifestations cutanées, tout comme celles-ci doivent toujours conduire à un examen neurologique complet. Souvent on trouve plusieurs tumeurs et on est amené à des interventions chirurgicales successives.

P. CARRETTE.

**Thrombose des vaisseaux avec signes de lésion transversale de la moelle**, par K. URTL et JOS. CERNACEK. *Revue tchèque de Neurologie et de Psychiatrie*, n° 9, pp. 225-230, novembre 1934.

Myélite vraisemblablement d'origine grippale, dont le syndrome permettait une localisation des lésions de la 4<sup>e</sup> cervicale à la 3<sup>e</sup> dorsale. Les lésions histologiques prédominaient dans la substance blanche. Peu de lésions inflammatoires, dégénérescence nette des cellules des cornes antérieures et des fibres blanches par hémorragies nombreuses des petits vaisseaux.

P. CARRETTE.

**De la myélite compliquant la grossesse et l'accouchement**, par S. A. FREIMAN (*Sowietskaia nevropatologuia PsichiatRIA i Psichogigiuena*, T. III, fasc. 8, 1934).

A propos de cinq cas de myélite gravidique, l'auteur conclut que cette complication rare de la grossesse n'est pas due à des causes infectieuses, mais toxiques. L'interruption de la grossesse n'est indiquée que lorsque la myélite se produit au début de la gestation. Quand cette myélite survient plus tard, elle n'est pas une indication absolue pour l'intervention obstétricale. La thérapeutique à suivre est la même que celle de tous les états toxiques de la grossesse. Elle doit être énergique et mise aussitôt en application. Le terme de myélite des femmes enceintes devrait être remplacé par celui de myélite toxico-hémorragique de la grossesse.

FRIBOURG-BLANC.

**Myéloses funiculaires (Mieloses funiculares)**, par A. AUSTREGESILLO. *Arquivos Brasileiros de Neuatria e Psiquiatria*, n° 5, pp. 299-319, septembre-octobre 1934.

Sous le nom de myélose funiculaire, le professeur Austregesilo désigne une myélopathie toxique dont le syndrome se développe à l'occasion de certaines intoxications, de l'anémie pernicieuse, des avitaminoses. La variété la plus complète du point de vue clinique est représentée par le syndrome de Lichteim, sclérose combinée avec paralysie motrice, ataxie et dysesthésies. Les autres types sont plus discrets ou plus diffus : telle la forme paraplégique ou le syndrome neuro-anémique avec polynévrite et

troubles mentaux. L'anatomie pathologique achève de justifier l'autonomie des myéloses funiculaires. Elles ne montrent aucune des réactions des myélites infectieuses. Pas d'afflux cellulaire, d'inflammation vasculaire, ni de désorganisation primitive des centres gris, mais une légère réaction gliale et surtout la destruction de la myéline et des cylindre-axes.

P. CARRETTE.

**Les ostéo-arthropathies vertébrales tabétiques (étude radiographique),** par TH. ALAJOUANINE et R. THUREL. *La Presse Médicale*, n° 92, pp. 1862-1865, 17 novembre 1934.

La radiographie montre que les tabétiques ont fréquemment des ostéo-arthropathies vertébrales, comme ils en ont aux membres inférieurs. Le diagnostic en est plus rarement posé parce que les lésions restent latentes. Un double processus d'ostéoporose et de prolifération ostéophytique évolue insidieusement, plus spécialement dans la région lombaire, provoque des déformations tardives et des algies.

P. CARRETTE.

**Contribution à la clinique et à l'histopathologie de la paralysie ascendante de Landry,** par J. N. KORGANOW (*Sovietskaia nevropatologua psichiatria i psichogiguiena*, T. III, fasc. 8, 1934).

En se basant sur l'étude de 3 cas de maladie de Landry, l'auteur conclut que le complexe symptomatique de cette maladie est rigoureusement précis. Mais son origine myélitique ou polynévritique ne présente rien d'absolu et la maladie doit être envisagée comme un syndrome clinique ayant une étiologie variable. L'origine toxi-infectieuse est commune à toutes les formes.

FRIBOURG-BLANC.

**Un cas anatomo-clinique atypique de névrite hypertrophique progressive de l'enfance,** par A. SOUQUES et IVAN BERTRAND. *Revue Neurologique*. T. II, n° 5, pp. 513-530, novembre 1934.

L'étude anatomique de la névrite hypertrophique de Déjerine et Sottas est à peine esquissée. Chaque observation montre quelque particularité intéressante. Voici un cas où l'on n'observe ni douleur, ni incoordination motrice, ni signe d'A. Robertson, ni cypho-scoliose. Les lésions médullaires sont minimales ; la schwannite est à la fois lamellaire et fibrillaire au niveau des racines, avec épaississement.

P. CARRETTE.

## THÉRAPEUTIQUE

**Le traitement des affections toxi-infectieuses chroniques du névraxe par l'autohématothérapie associée à la provocation de méningites aseptique (autohémato-névaxothérapie), avec films cinématographiques,** par M. BOSCHI (de Ferrare). *Revue Neurologique*, décembre 1935, pages 951-955.

Le Professeur Boschi préconise une thérapeutique des maladies toxi-infectieuses chroniques du névraxe, à germe inconnu, par une autohématothé-

rapie spéciale associée à un procédé pour l'ouverture de la barrière hémato-névraque en activant en même temps le drainage céphalo-rachidien (auto-hématonévraque).

Dans 28 cas traités, la plupart de scléroses en plaques, il a obtenu : guérison dans 25 % des cas ; amélioration très considérable dans 21 % ; amélioration légère dans 18 % ; cas réfractaires, 35 %.

A l'aide d'un film cinématographique, l'auteur a présenté, à la Société de Neurologie de Paris, des exemples, soit de guérisons, soit d'améliorations de différents degrés.

L. R.

**Les médicaments sympathicolytiques**, par RAYMOND HAMET. *Le Progrès Médical*, n° 48, pp. 1865-1867, 28 novembre 1934.

L'auteur rappelle l'action des doses variées d'adrénaline sur le sympathique et l'intervention des effets par certaines substances dites sympathicolytiques : ergotoxine, ergotinine, ergotaminine, ergoclavine tirées de l'ergot de seigle d'une part et d'autre part substances qui se rapprochent chimiquement de la yohimbine, ses isomères, la gambirine et la québrachine.

P. CARRETTE.

**La radiothérapie du sympathique**, par L. DELHERM et BEAU. *Le Monde Médical*, n° 857, pp. 1054-1066, 15 décembre 1934.

La radiothérapie du sympathique doit porter, d'après MM. Delherm et Beau, qui s'inspirent des travaux de M. Leriche, sur les centres paravertébraux, les ganglions et les plexus, les régions périvasculaires et sur les téguments eux-mêmes. Elle constitue une ressource thérapeutique des plus précieuses, et dans nombre de syndromes neuro-végétatifs la seule intervention réellement efficace. Il suffirait de citer les succès remportés dans le syndrome de Raynaud, l'angine de poitrine, l'artérite oblitérante et les névralgies rebelles pour justifier cette affirmation.

P. CARRETTE.

**Technique de l'infiltration novocaïnique du sympathique lombaire**, par René LERICHE et René FONTAINE. *La Presse Médicale*, n° 92, p. 1843, 17 novembre 1934.

Le ganglion sympathique recherché se trouve à la hauteur de la 2<sup>e</sup> vertèbre lombaire. On enfonce l'aiguille à 7 ou 8 cms de profondeur et à deux ou trois travers de doigt de la ligne médiane. L'injection de 3 cm<sup>3</sup> de novocaïne à 1 0/0 complétée à 10, ou même 20 cm<sup>3</sup>, avec du sérum physiologique, donne une anesthésie de plusieurs jours applicable dans les syndromes douloureux des artérites, des embolies et thromboses, des phlébites, des désordres vaso-moteurs post-traumatiques et des arthropathies.

P. CARRETTE.

**Traitement des migraines**, par PASTEUR VALLÉRY-RADOT. *Le Progrès Médical*, n° 48, pp. 1903-1911, 23 novembre 1934.

« Tant que l'on ne connaîtra pas avec précision les modifications humorales et nerveuses qui s'opèrent dans l'organisme du migraineux, il sera

impossible d'établir une thérapeutique rationnelle agissant dans tous les cas de migraine. » Telle est la conclusion de M. Pasteur Valléry-Radot, expérimentateur éprouvé et spécialiste des questions de choc, de crises et d'intolérances. Dans notre état d'ignorance actuelle, nous devons recourir à des procédés empruntés à la découverte de perturbations variées observées chez les migraineux et qui commandent un traitement endocrinien, digestif, biliaire, désensibilisant, local ou anti-névralgique et même parfois chirurgical.

P. CARRETTE.

**Traitement chirurgical de la névralgie essentielle et paroxystique du grand nerf d'Arnold (Résection rétroganglionnaire du grand nerf d'Arnold par trépanation atlandoïdo-occipitale),** par F. OBY. *Revue Neurologique* T. II, n° 6, pp. 774-782, décembre 1934.

La névralgie du nerf d'Arnold est aussi dénommée névralgie occipitale et dans sa phase paroxystique peut exiger l'intervention chirurgicale. On pratique la résection rétro-ganglionnaire de la racine sensitive du nerf à l'intérieur du rachis. La régénération est impossible et il n'y a pas de risques de récurrence.

P. CARRETTE.

**Les indications thérapeutiques précoces dans les fractures de la base du crâne,** par Ch. LENORMAND. *Le Progrès Médical*, n° 48, pp. 1875-1887, 28 novembre 1934.

Problème extrêmement grave pour le médecin qui fait le diagnostic de fracture de la base du crâne ; quelle conduite adopter ? Dans les cas légers comme dans les formes extrêmement sévères, il n'y a pas à intervenir. Mais s'il y a hypotension, il faut faire des injections intraveineuses d'eau distillée, puis de sérum, suivant les indications de Leriche. S'il y a hypertension, M. Lenormand montre, après ponction lombaire, les indications respectives de la ponction ventriculaire, du drainage sous-occipital et de la trépanation sous-temporale.

P. CARRETTE.

**Des amputations du point de vue de la mortalité, de la technique et de la physiologie. De l'amputation considérée comme un acte de chirurgie nerveuse,** par René LERICHE. *La Presse Médicale*, n° 89, pp. 1737-1739, 7 novembre 1934.

De tous les tissus sectionnés dans une amputation, le nerf est le seul qui tente de se régénérer. Le névrome des moignons est parfois le siège de violentes douleurs. Pour en trouver le traitement rationnel, une vaste enquête s'impose auprès des chirurgiens, des neurologues et des appareils. M. Leriche pose également le problème des perturbations vasculaires qui aboutissent à la pléthore, spécialement chez les amputés, sans qu'on puisse en préciser le mécanisme.

P. CARRETTE.



# VARIÉTÉS

---

## SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

### Séances.

La *séance supplémentaire* du mois de FÉVRIER de la Société Médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *jeudi 13 février 1936*, à 9 heures 30 *très précises*, à l'Asile Clinique (Sainte-Anne), 1, rue Cabanis à Paris (XIV<sup>e</sup> arrondissement), dans l'amphithéâtre de la clinique de la Faculté.

La *séance ordinaire* du mois de février de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 24 février 1936*, à 4 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI<sup>e</sup> arrondissement).

La *séance supplémentaire* du mois de MARS de la Société Médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *jeudi 12 mars 1936*, à 9 heures 30 *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV<sup>e</sup> arrondissement), dans l'Amphithéâtre du Pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de mars de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 23 mars 1936*, à 4 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI<sup>e</sup> arrondissement).

### Légion d'Honneur.

Sont promus *Officiers de la Légion d'Honneur* :

M. le D<sup>r</sup> Maurice GAUTHIER, Médecin Lieutenant-Colonel, professeur agrégé du Val-de-Grâce, à l'hôpital militaire Percy, à Clamart, *membre correspondant national* de la Société Médico-psychologique ;

M. le D<sup>r</sup> Bernard POMMÉ, Médecin-Commandant, professeur agrégé du Val-de-Grâce, professeur à l'Ecole d'Application du Service de Santé militaire, *membre correspondant national* de la Société Médico-psychologique.

Est nommé *Chevalier de la Légion d'Honneur* :

M. le D<sup>r</sup> Eugène PERPÈRE, ancien interne des Asiles de la Seine, *membre correspondant national* de la Société Médico-psychologique.

### Dîner annuel.

Le dîner annuel de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 25 mai 1936*.

**PRIX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE****Année 1937.**

*Prix AUBANEL. — 3.000 francs*

Ce prix, *triennal*, et habituellement de 1.500 francs, a été porté exceptionnellement par la Société Médico-psychologique à 3.000 francs, pour l'année 1937. Il est décerné au meilleur mémoire sur un sujet de pathologie mentale ou nerveuse.

Pour 1937, la Société Médico-psychologique a choisi le sujet suivant :  
*Les Psychoses gémellaires.*

*Legs CHRISTIAN. — 1.000 francs*

Ce prix, *annuel*, habituellement de 300 francs (partage interdit), a été porté exceptionnellement par la Société Médico-psychologique à 1.000 fr. pour l'année 1936. Il est attribué chaque année par le Bureau de la Société à un interne des asiles d'aliénés de Paris ou de la province, momentanément gêné soit pour terminer ses études, soit pour payer sa thèse. *Il ne confère pas le titre de lauréat de la Société Médico-psychologique.*

Règlement du Legs Christian :

ARTICLE PREMIER. — Les internes des Asiles de France, candidats à l'attribution du Legs Christian, devront :

- 1° Etre de nationalité française ;
- 2° Justifier de leur état de gêne momentanée par la production d'une attestation du médecin-chef du service où ils sont internes ;
- 3° Faire parvenir au Secrétaire général de la Société Médico-psychologique une copie du manuscrit de leur thèse.

ART. II. — Le candidat désigné par le Bureau recevra le montant du prix après l'envoi au trésorier de la Société Médico-psychologique de deux exemplaires de Faculté de sa thèse.

ART. III. — Dans le cas où le prix ne serait pas décerné une année, le montant en sera reporté à l'année suivante et le Bureau pourra, s'il y a lieu, décerner plusieurs prix.

ART. IV. — Le prix Christian ne confère pas au candidat qui l'obtient le titre de lauréat de la Société Médico-psychologique.

**Année 1938.**

*Prix MOREAU DE TOURS. — 200 francs*

Ce prix, *biennal*, sera décerné au meilleur mémoire manuscrit ou imprimé, des deux années précédentes, ou bien à la meilleure des thèses inaugurales soutenues en 1936 et en 1937, devant les Facultés de Médecine de France, sur un sujet de pathologie mentale ou nerveuse.

*Legs CHRISTIAN. — 1.000 francs*

Ce prix, *annuel*, habituellement de 300 francs, a été porté exceptionnellement par la Société Médico-psychologique à 1.000 francs pour l'année 1938.

**Année 1939.**

*Prix BELHOMME. — 1.500 francs*

Ce prix, *triennal*, habituellement de 900 francs, a été porté exceptionnellement par la Société Médico-psychologique à 1.500 fr. pour l'année 1939.

Le sujet suivant a été désigné : *Les états de déficience intellectuelle post-traumatiques chez l'enfant* (à l'exclusion des traumatismes obstétricaux).

*Legs CHRISTIAN. — 300 francs*

Prix, *annuel* (partage interdit).

N. B. — *Pour chacun de ces prix, les mémoires, manuscrits ou imprimés, devront être déposés, avant le 31 décembre de l'année précédente, chez le Secrétaire général de la Société Médico-psychologique.* Les mémoires manuscrits devront être inédits et pourront être signés. Ceux qui ne seront pas signés devront être accompagnés d'un pli cacheté, avec devise, contenant les noms et adresses des auteurs.

Les prix seuls (et à l'exception du prix Christian) donnent droit au titre de lauréat de la Société Médico-psychologique ; les mentions honorables n'y donnent pas droit.

*Un mémoire récompensé par une autre Société ne peut être admis à concourir pour les prix de la Société Médico-psychologique. (Décision du 22 mars 1910).*

## **ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS**

### **Nominations.**

M. MAMELET est nommé Directeur administratif de l'Asile public autonome d'aliénées de Château-Picon (Gironde) ;

M. HIRIGOYEN est nommé Directeur administratif de l'Asile public autonome d'aliénés de Cadillac (Gironde) ;

M. ORELLI est nommé Directeur administratif du Centre d'hygiène mentale de Marseille (Bouches-du-Rhône) ;

M. DUNEUIL est nommé Directeur administratif de l'Asile public autonome d'aliénés de Bassens (Savoie).

### **Postes vacants.**

Est déclaré vacant :

le poste de Médecin-Directeur de l'Asile public d'aliénés de Mont-de-Marsan (Landes) ;

le poste de Médecin-Directeur de l'Asile public d'aliénés de Vauclaire (Dordogne) ;

un poste de Médecin-Chef à l'Asile public d'aliénés de Limoux (Aude).

## Distinctions honorifiques.

### *Médaille d'Honneur des Epidémies :*

La Médaille d'Honneur des Epidémies (médaille de bronze), a été décernée à M. Maurice FOURNIER, interne à l'Asile public autonome d'aliénés de Château-Picon, à Bordeaux (Gironde).

## Hommage de la Ville de Paris à la mémoire de Magnan.

Conformément aux propositions de l'Administration Préfectorale, sur le rapport de M. Alex. Biscarre (au nom de la 3<sup>e</sup> Commission), et celui de M. Victor Constant (au nom de la 4<sup>e</sup> Commission), le *Conseil Municipal de Paris* a attribué le nom de « Rue du Docteur-Magnan » à une voie à ouvrir entre l'avenue de Choisy et la rue de Gentilly.

## Concours pour la nomination à deux emplois de Médecin Chef de Service dans les Asiles publics d'Aliénés du Département de la Seine. (Décret du 25 novembre 1924, modifié par les Décrets du 18 mai 1926 et 28 avril 1931).

Le *lundi 2 mars 1936*, à 14 heures précises, il sera ouvert à la Préfecture de la Seine et dans les conditions prescrites par le décret du 25 novembre 1924 (1), un Concours pour deux emplois de Médecin-Chef de Service dans les Asiles publics d'aliénés de la Seine.

Les candidats qui désirent prendre part à ce Concours devront se faire inscrire à la Préfecture de la Seine, Bureau des Etablissements départementaux d'Assistance, Annexe de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de 10 à 12 heures et de 14 à 17 heures, du *lundi 27 janvier au samedi 8 février 1936*.

### CONDITIONS DE L'ADMISSION AU CONCOURS ET FORMALITÉS A REMPLIR

Sont admis à prendre part au concours les seuls Médecins du Cadre des Asiles publics d'aliénés ayant, au moment de leur inscription, moins de cinquante-cinq ans d'âge et plus de cinq ans de services effectifs.

Les candidats devront, pour être inscrits au concours, produire les pièces suivantes :

- 1<sup>o</sup> Expédition de l'acte de naissance ;
- 2<sup>o</sup> Certificats ou diplômes constatant qu'ils remplissent les conditions d'exercice exigés par l'article 3 du décret du 25 novembre 1924 (le certificat d'exercice doit être délivré par le Préfet du département où le candidat exerce ou a exercé ses fonctions).

Les candidats absents de Paris ou empêchés, pourront demander leur inscription par lettre recommandée.

Toute demande déposée ou parvenue après le jour fixé pour la clôture des inscriptions, ne pourra être accueillie.

(1) Le texte du Décret du 25 Novembre 1924 est inséré au « Journal Officiel » du 3 Décembre suivant. Celui du Décret du 18 Mai 1926 est inséré au « Journal Officiel » du 22 Mai suivant. Celui du Décret du 28 Avril est inséré au « Journal Officiel » du 12 Mai 1931.

Les candidats auront la faculté de déposer, à la Préfecture de la Seine (Bureau des Etablissements départementaux d'assistance), sous pli cacheté revêtu de leur signature, tous documents et notes qu'ils désireraient soumettre au Jury en vue de l'épreuve sur titres.

Les candidats dont le nom figurera sur la liste arrêtée par M. le Ministre de la Santé publique recevront une convocation pour prendre part aux épreuves.

L'Administration décline toute responsabilité au sujet des convocations qui ne parviendraient pas aux destinataires.

### Un infirmier victime d'un aliéné.

Un drame rapide s'est déroulé à l'Asile d'aliénés de Lommelet, situé à Marquettes-lès-Lille (Nord), où le directeur des travaux de l'établissement, le frère Chrysostome, des frères de Saint-Jean de Dieu, âgé de 52 ans, a été tué à coups de marteau par un aliéné.

M. Jean SCHMIDT, en religion *frère Chrysostome*, né à Ettendorff (Bas-Rhin), était entré à l'Asile le 4 juillet 1923, venant de Lyon.

Vers 11 heures du matin, alors qu'il travaillait avec trois malades dans la forge de l'établissement, l'un de ces malades se retourna brusquement, prit sur le sol un marteau pesant 2 kilos 750, et assomma le religieux qui s'écroula. Il le frappa encore deux fois avant que les autres malades aient donné l'alarme. Lorsqu'on put maîtriser cet aliéné, le frère Chrysostome était mort, le crâne défoncé.

M. le Ministre de la Santé publique a aussitôt décerné, à titre posthume, à M. Jean SCHMIDT, la *médaille d'or de l'Assistance publique*.

### Etablissements d'aliénés classés monuments historiques.

Parmi les immeubles classés parmi les monuments historiques à la date du 22 novembre 1932, on peut noter quelques établissements consacrés aux aliénés :

*Aisne*. — Prémontré : Ancienne abbaye, aujourd'hui Asile d'aliénés (liste de 1862).

*Alpes-Maritimes*. — Nice : Eglise de l'abbaye de Saint-Pons (3 mai 1913).

*Ariège*. — Asile de Saint-Lizier.

*Bouches-du-Rhône*. — Saint-Rémy-de-Provence : Cloître et clocher de Saint-Paul-de-Mausole, aujourd'hui Asile privé d'aliénés (28 mai 1883).

*Cher*. — Chezal-Benoît : Eglise (18 mai 1908).

*Côte-d'Or*. — Dijon : Portail de l'ancienne Chartreuse, actuellement Asile d'aliénés (liste de 1840) ; — Puits de Moïse, dans l'ancienne Chartreuse (liste de 1840) ; — Puits à double escalier de pierre <sup>xv</sup><sup>e</sup> siècle, dans le jardin de l'ancienne Chartreuse (29 janvier 1902).

*Eure-et-Loir*. — Bonneval : Ancienne abbaye, aujourd'hui Asile d'aliénés (11 août 1883).

*Seine*. — Paris : Hospice de la Salpêtrière : chapelle et orgues (16 août 1927).

(*L'Aliéniste Français*, janvier 1936).



## HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

### Inventaire des établissements destinés à la rééducation des enfants anormaux.

M. Ernest LAFONT, Ministre de la Santé publique, vient de constituer une Commission restreinte chargée de dresser l'inventaire systématique des établissements existant en France pour la rééducation des enfants anormaux ou déficients, d'apprécier le fonctionnement de ces établissements et leur spécialisation et de rechercher les mesures nécessaires pour compléter l'armement sanitaire de notre pays à ce point de vue.

### L'examen prénuptial aux Etats-Unis.

*La réaction de Wassermann dans le sang est rendue obligatoire avant le mariage dans l'Etat de Connecticut.* — Dans l'Etat de Connecticut, à partir du 1<sup>er</sup> janvier 1936, les candidats au mariage doivent subir une réaction de Wassermann ou une réaction de Kahn dans le sang. Seuls, les laboratoires autorisés sont qualifiés pour pratiquer ces recherches humérales.

L'examen prénuptial est obligatoire dans les Etats suivants : Wisconsin, Oregón, North Dakota, Alabama, Wyoming. Il a été supprimé l'année dernière en Louisiane et en Caroline du Nord.

## RÉUNIONS ET CONGRÈS

### II<sup>e</sup> Congrès International d'Hygiène Mentale.

Le II<sup>e</sup> Congrès International d'Hygiène Mentale se tiendra à Paris, du 19 au 23 juillet 1937, sous la présidence de M. le D<sup>r</sup> TOULOUSE.

Les inscriptions pour les communications et les discussions des questions mises à l'ordre du jour du Congrès ne pouvant être acceptées que dans la limite du temps disponible, les auteurs sont priés de s'inscrire le plus tôt possible auprès du Président du Comité du Programme : D<sup>r</sup> René CHARPENTIER, 119, rue Perronet, à Neuilly-sur-Seine (Seine).

La liste des rapporteurs et des questions mises à l'ordre du jour du Congrès a été publiée dans le numéro de janvier 1935 (pages 169-173) des *Annales Médico-psychologiques*.

Pour tous renseignements, s'adresser à : M. le Secrétaire administratif du II<sup>e</sup> Congrès International d'Hygiène Mentale, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, Paris (XIV<sup>e</sup> arrondissement).

### Première Conférence Internationale de pyrétothérapie.

La première conférence internationale de pyrétothérapie se tiendra à New-York au mois de septembre 1936, sous la présidence du Baron Henri de Rothschild.

Cinq conférences nationales ont déjà eu lieu aux Etats-Unis d'Amérique : à Rochester University Medical School en 1931, en 1932, et en 1933 ; à

Columbia University College of Physicians and Surgeons en 1934 ; à Miami Valley Hospital (Dayton, Ohio), en 1935.

Les rapports et communications seront publiés en français, anglais, allemand. Il est nécessaire d'adresser les manuscrits au *Secrétaire* (D<sup>r</sup> WILLIAM BIERMAN, 471, Park Avenue, New-York City, U.S.A.), avant le 1<sup>er</sup> juin 1936.

Le Comité américain est composé de MM. : D<sup>r</sup> A. U. DESJARDINS, *Chairman* ; D<sup>r</sup> W. BIERMAN ; D<sup>r</sup> F. W. HARTMAN ; D<sup>r</sup> L. E. HINSIE ; D<sup>r</sup> C. A. NEYMANN ; D<sup>r</sup> W. M. SIMPSON ; D<sup>r</sup> S. L. WARREN.

### FACULTÉ DE MÉDECINE D'ALGER

La Chaire de pathologie générale et clinique psychiatrique de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de l'Université d'Alger est transformée, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 1936, en *Chaire de Clinique psychiatrique*. Titulaire : M. le Professeur POROT.

---

*Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.*

---

Cahors, Imprimerie COUESLANT (personnel intéressé). — 51.684

# ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

---

## MÉMOIRES ORIGINAUX

---



### ANATOMOPATHOLOGIE ET PHYSIOPATHOLOGIE DE L'ÉPILEPSIE

PAR

H. STECK (de Lausanne) <sup>(1)</sup>

Il ne paraît aujourd'hui guère permis de parler d'une anatomie pathologique de l'épilepsie essentielle, car nous ne connaissons pas de lésions cérébrales pathognomoniques de cette affection. Il paraît même particulièrement audacieux de parler de l'anatomie pathologique de l'épilepsie essentielle. Nous pensons néanmoins prendre en considération avant tout le cerveau des malades atteints d'épilepsie dite essentielle qui se distinguera du cerveau d'une épilepsie symptomatique par quelques traits négatifs, c'est-à-dire par l'absence de lésions inflammatoires, traumatiques, luétiques, etc., qui pourraient constituer des épines irritatives épileptogènes directes. L'épilepsie dite essentielle sera caractérisée au point de vue anatomic-pathologique par la présence de certaines lésions communes à toutes les épilepsies et l'absence de toute lésion grossièrement irritative.

Nous passons maintenant en revue les principales constata-

(1) Rapport présenté à la 86<sup>e</sup> assemblée de la Société Suisse de Psychiatrie, le 11 mai 1935, à Wil (St-Gall).

tions macroscopiques et microscopiques relevées jusqu'à présent dans l'épilepsie essentielle en cherchant en même temps de mettre en évidence leur valeur et leur relation avec la symptomatologie et la patho-physiologie de l'épilepsie.

La calotte crânienne est souvent épaissie. Le poids du cerveau dépasse assez souvent la moyenne. Les méninges montrent quelques épaississements, une arachnoïdite séro-fibreuse cystique. Des auteurs américains (Temple Fay) ont décrit des altérations des granulations de Pacchioni. Orzechowski parle d'un leptoméninge- et trophœdème des méninges et de l'écorce circonscrit ou universel. Les hémorragies des méninges molles sont certainement des lésions secondaires peut-être même agonales, surtout dans l'état de mal épileptique où des stases veineuses sont fréquentes, ainsi que l'hyperémie, dilatation des espaces périvasculaires, hémorragies capillaires dans les ganglions de la base. Chez les vieux épileptiques, on ne trouve pas rarement des contusions cérébrales anciennes ou récentes à certains endroits de prédilections, à l'endroit où le lobe frontal orbitaire et le lobe temporal reposent directement sur la base du crâne sous forme de destruction du sommet de la circonvolution. Les lésions ont été décrites par Spatz sous le nom d'« état vermoulu » et il a démontré leur genèse traumatique. Ces lésions sont dues, chez l'épileptique, à des contusions provoquées par les chutes violentes des malades pendant les crises.

Il n'est pas rare de trouver chez les épileptiques essentielles, mais aussi dans l'épilepsie traumatique, des malformations congénitales. Lorsque ces malformations sont très prononcées, il vaut mieux classer ces malades parmi les épileptiques symptomatiques.

Parmi les malformations plus discrètes, la plus connue dans l'épilepsie est la présence de cellules ganglionnaires de Cajal-Retzius dans la couche moléculaire de l'écorce. Ces cellules se trouvent régulièrement dans le cerveau de l'embryon et leur présence dans le cerveau des épileptiques indique par conséquent un arrêt de développement, un vice de formation. En plus, on a constaté des transpositions de cellules et de couches entières, des cellules trop grandes, mais aussi des cellules de Betz particulièrement petites. Cette dernière constatation fut particulièrement faite par Tramer, qui y voit une expression d'une inhibition du développement normal. Ces malformations ne sont cependant ni régulières, ni pathognomoniques dans l'épilepsie.

Parmi les altérations chroniques qu'on trouve aussi bien dans l'épilepsie essentielle que dans l'épilepsie symptomatique (par

exemple post-traumatique) les plus fréquentes et les plus caractéristiques sont la sclérose marginale de Chaslin et la sclérose de la corne d'Ammon, décrite d'abord macroscopiquement par Meynert et ensuite microscopiquement par Sommer. La sclérose marginale décrite en premier par Chaslin, qui la considérait comme une prolifération primitive, un trouble de développement, s'étend surtout sur la couche moléculaire, sous la pie-mère ; elle est composée de grands astrocytes avec forte prolifération fibrillaire, qui remplit la couche superficielle de l'écorce d'un réseau très dense de fibres. Elle n'est pas partout égale en épaisseur et paraît surtout se développer aux endroits où se trouvent des lacunes dans les fibres tangentielles. Alzheimer la considérait comme une prolifération réparatrice pour remplacer le tissu cérébral détruit ainsi qu'Elmiger. Bleuler et plus tard Tramer trouvent qu'elle est en rapport avec le degré de la démence. Tramer la met en relation avec la pression du liquide céphalo-rachidien et la considère comme une formation d'induration aux endroits exposés au choc liquidien. Nous avons trouvé des proliférations névrogliques sous-épendymaires au plancher du IV<sup>e</sup> ventricule, qui pourraient trouver une explication analogue.

La sclérose de la corne d'Ammon peut se rencontrer d'un côté et aussi en dehors de l'épilepsie chez des malades atteints de convulsions (paralysie générale par exemple). Spielmeyer et ses élèves lui ont consacré, ces dernières années, une série d'études importantes. Cette sclérose de la corne d'Ammon se présente, à part quelques variantes, en général sous une forme très caractéristique par des raréfactions plus ou moins étendues parmi les cellules de la couche pyramidale de la corne d'Ammon, surtout à deux endroits : à l'endroit où la couche pyramidale se tourne vers le ventricule, c'est là le secteur de Sommer de la corne d'Ammon, et dans la lame terminale entourée par la circonvolution godronnée. La couche granuleuse de la circonvolution godronnée est rarement atteinte. Au point de vue histopathologique, la lésion est caractérisée dans les cas avancés graves par une destruction complète des cellules ganglionnaires du secteur de Sommer, qui sont remplacées par une prolifération névroglique composée d'astrocytes riches en fibrilles. La transformation glieuse de la corne d'Ammon peut être telle qu'elle se fait sentir au doigt comme une induration cartilagineuse. Dans les stades plus frais et récents, on trouve des raréfactions partielles, des altérations chroniques des cellules sous forme de sclérose graisseuse et aussi, ce qui est particulièrement important, sous forme de lésions ischémiques avec protoplasme homogénéisé et neuronophagie par des cellules de Hortega et d'Oligodendroglia.



Cette sclérose de la corne d'Ammon, qui était considérée, un certain temps, à cause de certaines relations que nous aurons encore à discuter, comme la cause de la crise épileptique, est aujourd'hui le principal argument dans la théorie vasomotrice de la crise épileptique.

Spielmeyer et ses collaborateurs, Uchimura, Bodechtel, Scholz ont éclairci dans des recherches étendues la pathogénèse de la sclérose de la corne d'Ammon. On peut admettre aujourd'hui avec ces auteurs que les premières lésions qui préludent à la sclérose de la corne d'Ammon sont de nature ischémique. La répartition régionale particulière de la destruction cellulaire est identique avec celles qu'on trouve dans des lésions indubitablement d'origine circulatoire, dans les empoisonnements, les inflammations, les thromboses. Dans l'épilepsie essentielle ces facteurs exogènes manquent, il ne peut donc s'agir que de spasmes vasculaires fonctionnels, car les vaisseaux ne présentent pas d'altérations. L'existence de spasmes vasculaires dans l'épilepsie a été maintes fois établie ; tous les chirurgiens qui s'occupent de chirurgie cérébrale ont observé que lorsque, durant une trépanation, une crise épileptique survient, que celle-ci est précédée de pâleur et de diminution du volume cérébral, et seulement plus tard, à la fin de la crise, il se produit de l'hyperémie, de la stase et éventuellement de l'œdème cérébral. Il paraît établi que dans la corne d'Ammon les dispositions vasculaires prédisposent aux lésions ischémiques. Uchimura, particulièrement, a pu démontrer que l'irrigation du secteur de Sommer était particulièrement insuffisante. L'irrigation de la corne d'Ammon n'est pas partout la même. Les secteurs qui sont irrigués par plusieurs vaisseaux et qui possèdent un riche réseau capillaire sont particulièrement résistants, ainsi la partie résistante de la couche pyramidale et la circonvolution godronnée, tandis que le secteur de Sommer et le feuillet terminal sont insuffisamment irrigués et peu résistants. Le secteur de Sommer appartient à la zone de vascularisation d'une longue artère, qui chemine longtemps dans le septum. La variation de l'étendue du secteur de Sommer et de la lésion dépend probablement de variations individuelles de l'irrigation vasculaire. Le facteur qui, dans les diverses maladies, amène des lésions localisées de la corne d'Ammon, est toujours un trouble circulatoire qui amène une nécrobiose du tissu ganglionnaire.

Une pathogénèse analogue est invoquée par Spielmeyer encore pour une autre lésion du cerveau de l'épileptique pour la sclérose lobulaire du cervelet. Il a trouvé dans la couche moléculaire

du cervelet des proliférations névrogliques qui se présentent sous forme d'une ramification d'arbuste et qui occupent l'emplacement des cellules de Purkinje et de leurs dendrites détruits ou en voie de disparition. Ce processus conduit à des taches de sclérose lacunaire de l'écorce cérébelleuse, qui peut s'étendre aussi à la couche des grains. Déjà Tramer avait constaté la dégénérescence et par endroit la disparition des cellules de Purkinje. L'étude comparée de cette lésion montre, comme pour la sclérose de la corne d'Ammon, la genèse vasculaire.

En poursuivant ces recherches sur l'origine vasculaire des lésions dans le cerveau des épileptiques, Scholz a pu montrer, il y a 3 ans, l'existence dans toute l'écorce cérébrale de foyers de raréfaction lacunaire et de disparition disséminée des cellules ganglionnaires. Déjà en 1918, Tramer a décrit ces lésions lacunaires et des petits foyers sclérotiques, et avait envisagé, à cause de leur disposition et localisation, une genèse vasculaire. Comme dans la lésion de la corne d'Ammon, Scholz trouve dans les lésions récentes, comme par exemple dans les cerveaux d'enfants décédés en état de mal épileptique, la lésion particulière ischémique de la cellule ganglionnaire avec forte prolifération névroglique sous forme de neuronophagie et particulièrement de prolifération de la microglia avec substitution névroglique des cellules ganglionnaires ; dans les cas les plus anciens, se trouvaient des foyers lacunaires, dans lesquels aussi bien les éléments névrogliques que ganglionnaires ont disparu.

Ces lacunes avec prolifération névroglique se trouvent aussi bien dans la couche optique, ce que nous avons pu confirmer. On ne peut pas trouver des lésions vasculaires microscopiques, ce qui parle également pour des spasmes vasculaires fonctionnels. A côté des lésions lacunaires disséminées, on rencontre aussi des lésions parenchymateuses diffuses, marquées par la prolifération névroglique. Les lésions analogues se trouvent aussi bien dans l'épilepsie dite essentielle que dans l'épilepsie symptomatique, par exemple l'épilepsie éclamptique, l'éclampsie de la coqueluche, où des troubles vasculaires graves sont dûment établis. Cette constatation démontre d'une part que ces lésions ne sont pas spécifiques pour l'épilepsie essentielle et que d'autre part elles ont une origine vasculaire.

De même, la gliose marginale de Chaslin, qui se trouve identique dans l'épilepsie essentielle et dans l'épilepsie traumatique, doit être considérée comme une production secondaire. Il est cependant important de signaler qu'on trouve rarement chez des vieux épileptiques des lésions lacunaires étendues et Scholz, qui

se base surtout sur des cerveaux d'enfants, l'explique par le fait que les malades atteints d'état de mal succombent en général jeunes. D'autre part, il ne faut pas oublier que la crise épileptique, comme le dit expressément K. Wilson, exige la présence de cellules ganglionnaires intactes qui se remettent après chaque crise pour être prêtes à nouveau. Un cerveau complètement raréfié ne serait même pas capable de fournir une crise épileptique.

Récemment, M. Minkowski, de Zürich, a ajouté une nouvelle contribution aux lésions chroniques du cerveau de l'épileptique en donnant la description d'une lésion élective de l'olive bulbaire, particulièrement dans la partie orale et le feuillet dorsal et dorso-latéral. Il s'agit tout d'abord d'une stéatose des grandes cellules ganglionnaires accompagnées d'une forte prolifération névroglie avec participation des éléments d'Hortega, puis disparition des cellules et prolifération macroglie. Nous avons pu confirmer ces lésions dans plusieurs cerveaux d'épileptiques, examinés par nous récemment. V. Braunmuehl a montré que l'olive était un organe très vulnérable, comme la corne d'Ammon. Il n'est pas encore sûr que le facteur vasal soit le seul important, comme l'admet v. Braunmuehl. Il s'agit d'une atrophie pigmentée avec homogénéisation du protoplasme. La disposition particulière fait penser à Minkowski aussi à des facteurs ontogénétiques.

Parmi les lésions aiguës qu'on rencontre dans les cerveaux d'épileptiques morts en état de mal, il faut avant tout mentionner la prolifération de névroglie protoplasmique décrite par Alzheimer ; elle est peut-être aussi le substratum de la tuméfaction cérébrale aiguë qui, d'après Reichardt, n'est pas une cause mais aussi une conséquence de la crise épileptique. Les lésions des plexus et de l'épendyme, décrites par de Allende et Minkowski, sont, d'après ce dernier auteur, trop répandues dans toute la pathologie cérébrale, pour être invoquées comme lésion pathognomonique de l'épilepsie. Des auteurs américains (Morgan, Grigory) ont décrit des altérations dans la région tubérienne sous forme de disparition des cellules ganglionnaires, d'hyperémie. La genèse primaire de ces lésions paraît encore très douteuse.

En dehors du cerveau, Neubürger a attiré l'attention sur une lésion d'origine vasculaire dans le muscle cardiaque. Il trouvait des cicatrices dans le myocarde dans les cas chroniques, et des petites nécroses ischémiques après un état de mal épileptique. On aurait constaté chez les épileptiques chroniques, également, des troubles électro-cardiographiques. Neubürger dit que l'an-

goisse cardiaque, signalée quelquefois comme symptôme d'aura, pourrait être l'expression clinique de l'angiospasme du myocarde. Dans la grande scène motrice de la crise épileptique la composante angine de poitrine disparaît au second plan et, pour cette raison, n'a pas trouvé jusqu'à présent l'intérêt qu'elle méritait pour démontrer la nature angiospastique de la crise épileptique.

En 1932, v. Meduna a décrit des états de gonflement des cellules ganglionnaires, avec altération des gaines de myéline et des cylindraxes, en examinant des petits morceaux d'écorce cérébrale, qui avaient été excisés dans la région épileptogène de 5 épileptiques essentiels ; il les considérait comme des produits exogènes par œdème et premier stade d'un processus de dégénérescence spécifique. Spielmeyer, qui a examiné le matériel provenant des opérations faites par Foerster sur des cerveaux d'épileptiques, ne trouvait aucune lésion spécifique. Il faut aussi opposer à la description de v. Meduna la constatation que de tout petits morceaux excisés de l'écorce présentent facilement des artefacts par les différents procédés de fixation.

Il résulte de tout ce que nous avons passé en revue que les constatations faites par Chaslin, Bleuler et Alzheimer, qui sont les pionniers de l'anatomopathologie de l'épilepsie, sont encore exactes aujourd'hui, mais leur interprétation pathognomonique et surtout l'explication de leur genèse paraît aujourd'hui tout autre.

D'après les travaux fondamentaux de Spielmeyer et de ses élèves, il paraît aujourd'hui établi que *les lésions principales qu'on trouve dans les cerveaux des épileptiques ne sont ni la cause de la maladie comitiale, ni de la crise épileptique, mais sont plutôt les conséquences de la crise épileptique et particulièrement la conséquence des troubles vasculaires qui précèdent la crise épileptique.*

Cette conception critique d'une constatation anatomo-pathologique est une acquisition récente qui n'a pas encore trouvé partout l'attention qu'elle mérite. Nous la devons avant tout au regretté Spielmeyer, trop tôt enlevé à notre science. Spielmeyer nous a montré combien souvent des lésions cérébrales qu'on avait trop hâtivement proclamées comme lésions essentielles et primaires d'une psychose n'étaient que des produits secondaires dus à des lésions vasculaires provoquées par l'intoxication, l'empoisonnement, etc., ou même des lésions agonales terminales.

Cette nouvelle conception critique des lésions cérébrales nous permet aussi de mieux comprendre les relations entre ces lésions et les symptômes cliniques de la maladie. Nous pouvons déduire



directement de ce que nous venons d'exposer sur l'anatomie pathologique que la démence épileptique qui occupe surtout les médecins d'asiles est une démence secondaire, c'est-à-dire qu'elle n'est pas la conséquence d'un processus épileptique primaire encore inconnu, mais une conséquence secondaire de la crise épileptique. Plus les crises sont précoces et fréquentes, plus précoce sera la démence. Bleuler et Tramer ont signalé que le degré de la sclérose marginale dépendait dans une certaine mesure de l'intensité de la démence. Les spasmes vasculaires précédant les crises provoquent des lésions parenchymateuses plus ou moins étendues, qui ne touchent pas seulement l'élément ganglionnaire, mais aussi le « gris nerveux » et les fibres tangentielles. Ces lésions secondaires fournissent le substratum de la démence épileptique.

Le psychiatre des asiles observe surtout les cas graves d'épilepsie et sera tout disposé à partager l'opinion énoncée au Congrès des aliénistes scandinaves de 1931, par Monrad Kron, que les troubles graves du caractère se rencontrent surtout chez les épileptiques internés, il sera également d'accord avec Carl Schneider, que la cause essentielle de l'altération du caractère de l'épileptique est l'addition des séquelles décrites, ce point de vue paraît également adopté au moins en partie par Gruhle. Je souligne avec satisfaction que mon distingué co-rapporteur, le Dr Braun, dans son exposé clinique, est arrivé à la même conclusion. Cette communauté de vues me paraît particulièrement intéressante à souligner, vis-à-vis de ceux qui, comme Mme Min-kowski, voudraient voir dans le caractère épileptoïde, surtout un trait constitutionnel héréditaire.

Le chapitre de la Physiopathologie sera divisé en 2 paragraphes : 1) les mécanismes neuro-physiologiques de la crise épileptique et de ses conséquences ; 2) les facteurs provoquants, c'est-à-dire les causes de l'épilepsie.

Nous verrons encore une fois que nos connaissances actuelles se rapportent à la crise épileptique et que nous savons très peu sur la maladie épilepsie.

La crise épileptique est, d'après Foerster, un symptôme d'excitation, c'est la décharge d'un élément moteur frappé par l'excitation primaire et ensuite l'irradiation de l'excitation sur les éléments voisins. Il ne s'agit pas, comme plusieurs auteurs l'admettaient et admettent encore, d'une réaction de libération des centres inférieurs par paralysie des centres supérieurs, mais comme l'expérience électrique peut le démontrer à chaque instant, d'un effet d'excitation directe, une réponse inadéquate à



une excitation inusitée. L'exploration électrique directe de l'écorce cérébrale montre la réponse donnée par chaque territoire cortical et comme cette excitation s'étend sur le voisinage. Le clinicien connaît cette façon de succession tout d'abord par les symptômes de l'épilepsie jacksonienne, mais aussi dans la crise de l'épilepsie dite essentielle nous voyons le même mécanisme d'après le principe de la tache d'huile (Sahli) avec début de la crise d'un territoire précis et ensuite irradiation sur le voisinage. En étudiant les symptômes de l'aura, on peut suivre particulièrement le glissement de l'excitation et de la décharge en suivant certaines circonvolutions ; Stauder l'a démontré encore une fois dans son intéressant travail sur les confusions épileptiques. Dans une succession rapide un de ses malades montrait des hallucinations auditives, olfactives et ensuite des troubles vestibulaires, optiques et paraphasiques. On voit dans ce cas courir l'onde d'excitation depuis la pointe et la profondeur de la circonvolution temporale sur toute l'écorce temporale vers l'écorce visuelle. Stauder considère les symptômes vestibulaires de l'aura comme symptômes d'excitation des centres corticaux du vestibulaire de Spiegel dans l'écorce temporale. Il considère la sensation de la fin du monde dans la confusion épileptique également comme en relation avec l'excitation des mêmes centres.

Cette courte description de l'onde excitatoire montre la possibilité de rendre justice également à une autre conception qui voit dans les symptômes épileptiques, non seulement un phénomène d'irritation, mais aussi un phénomène de paralysie. La perte de connaissance peut s'expliquer par la paralysie de toute fonction corticale. Excitation et paralysie sont physiologiquement fortement apparentées, surtout lorsque l'excitation conduit à une décharge aussi explosive comme la crise épileptique. Elle conduit à de tels troubles secondaires aussi vasculaires que la perte de connaissance devient la conséquence nécessaire de ce trouble général de l'écorce.

D'après cette conception, la crise épileptique est d'origine corticale, et même dans l'épilepsie essentielle en partant toujours du même centre, comme le prouve l'allure stéréotypée de beaucoup de crises épileptiques chez un même malade. D'autres auteurs, cependant, présument un centre épileptogène extra-cortical. Ainsi Muskens localise le centre épileptogène, même pour les crises qui ont une allure corticale, dans la moelle allongée, la protubérance, la substance réticulée. Pour Muskens, la crise épileptique est un « after discharg reflex » après une secousse myoclonique. La rapide perte de connaissance dans

beaucoup de crises qui n'ont pas une allure jacksonienne parlerait également pour une pareille localisation, puisque des troubles de la conscience partent le plus facilement de la région du IV<sup>e</sup> ventricule.

À côté des notions d'irritation et de paralysie, il faut également envisager celles d'inhibition et de libération. Quelques symptômes épileptiques, en particulier certains spasmes, peuvent être compris comme l'expression de centres sous-corticaux libérés de l'inhibition corticale. Des auteurs russes postulent une inhibition corticale, qui amènerait une libération des ganglions sous-corticaux. Speranski a fourni une contribution expérimentale à cette conception en congelant des centres corticaux. Pour lui, toute épilepsie est une inhibition réflexe de l'écorce, qui amène une libération secondaire des appareils sous-corticaux. On peut trouver un certain appui à cette théorie dans la composante tonique de la crise épileptique qui, pour certains auteurs, fait partie de la symptomatologie extra-pyramidale. Aussi, pour Krisch, les symptômes toniques et moteurs atypiques de l'épilepsie sont des troubles aigus des organes qui, dans les affections dites dystoniques, sont atteints d'une façon chronique. Foster Kennedy parle de crises toniques qui ressemblent à la rigidité décérébrée ; il localise les myoclonies dans le corps strié, les phénomènes cataleptiques dans la couche optique, le petit mal dans le lobe frontal et les symptômes hallucinatoires dans les champs corticaux sensoriels. Mais à cette conception de la localisation des éléments toniques et cloniques de la crise, on peut aussi opposer une autre qui n'attribue pas à des localisations cérébrales différentes ces diverses composantes, mais qui souligne que clonus et tonus dépendent avant tout de l'organe effecteur, c'est-à-dire du muscle.

Nous ne voulons pas entrer ici dans cette controverse physiologique, mais nous arrêter un instant au problème des symptômes extrapyramidaux chez les épileptiques déments que nous avons étudiés il y a quelques années, et les mettre en rapport avec la nouvelle conception de la genèse des lésions anatomopathologiques exposée dans la première partie de notre rapport. Ces symptômes, que nous avons décrit il y a quelques années, sont avant tout constitués par les attitudes spéciales de certains épileptiques déments qui ressemblent au Parkinsonisme avec akinésie, attitude figée, poignée de main épileptique. Lorsqu'il ne s'agit pas de lésions encéphalitiques ou porencéphaliques, où les syndromes striés sous forme d'athétose sont assez fréquents, il peut s'agir tout simplement de symptômes résiduels de lésions

vasculaires dans les ganglions de la base. Scholz trouve des foyers lacunaires dans la couche optique, nous-mêmes nous avons signalé des amas névroglitiques dans le corps strié. On trouve également des hémorragies capillaires dans les ganglions de la base, qui, lorsque le malade survit, conduiront à des foyers lacunaires. La théorie vasculaire peut ainsi expliquer aussi une partie de la symptomatologie extra-pyramidale de l'épilepsie. Mais, dans certains cas, il pourrait aussi s'agir d'une libération des fonctions extrapyramidales inférieures par défaut de régulation corticale lorsque les lésions corticales deviennent plus étendues dans les cas démentiels anciens, et c'est en effet chez ces malades-là que les troubles de l'attitude sont les plus manifestes.

Ainsi, tous les symptômes durables de l'épilepsie, en dehors des épisodes convulsifs, sont des symptômes secondaires, ils constituent un syndrome post-épileptique au même degré que le parkinsonisme constitue un syndrome post-encéphalitique. Il paraît être une loi générale de la physiopathologie cérébrale sur laquelle nous avons attiré l'attention déjà plusieurs fois que chaque phase hyper- ou parakinétique plus ou moins aiguë est suivie d'un état chronique akinétique durable. Cela est vrai pour l'encéphalite épidémique, la paralysie générale, certaines formes de catatonie et enfin pour l'épilepsie. Ces séquelles graves de l'épilepsie sont surtout connues des médecins d'asiles, car seulement chez leurs déments se développent ces états akinétiques qui sont rarement interrompus par un éclair sporadique de l'orage épileptique qui se retire.

Tous ces états mériteraient encore une étude plus détaillée et fouillée, tant au point de vue clinique qu'anatomo-pathologique, nos connaissances des différentes formes de démences pourraient en être singulièrement approfondies. Rappelons qu'il y a 16 ans, notre collègue et ami Christoffel a exposé pour la première fois, dans ces mêmes lieux où nous sommes réunis aujourd'hui, ces recherches très approfondies sur ce qu'il a appelé les syndromes exceptionnels dans l'épilepsie et il avait alors isolé des symptômes que nous avons trouvés associés chez des malades présentant des symptômes nettement extrapyramidaux ; un de nos malades montrant les symptômes de l'interruptibilité, de l'intercalation, de la lourdeur motrice, particulièrement nets, était un malade présentant la catalepsie et des troubles de l'attitude, qui rappellent la rigidité décérébrée.

Enfin, nous devons rappeler que la démence épileptique par lésions en petits foyers lacunaires rappelle par certains traits la démence paralytique du paralytique général chronique traité

mais non guéri par la malaria, fixant un stade moins avancé de la démence, caractérisé surtout par une certaine affectivité colante et visqueuse.

Comme nous ne connaissons pas de lésion anatomo-pathologique primaire de l'épilepsie essentielle, notre intérêt se portera sur le fond humoral et biochimique du phénomène épileptique. Là encore, une fois, nous devons mettre en garde contre des conclusions hâtives dictées par un besoin de causalité primitive qui aurait la tendance de voir trop vite dans chaque trouvaille faite dans l'urine, le sang ou le liquide céphalo-rachidien la cause ou une des causes de l'épilepsie. La crise épileptique, comme phénomène réversible périodique, paraît s'expliquer aussi par des oscillations périodiques des processus biochimiques, des oscillations qui ont leur point d'attaque à la cellule nerveuse.

Deux auteurs allemands qui habitent actuellement la Suisse, Georgi et Wuth, ont le mérite d'avoir apporté une contribution particulièrement importante à nos connaissances des rapports biochimiques très compliqués, qui accompagnent la crise épileptique. Le schéma publié plus loin repose avant tout sur leurs publications et je suis particulièrement reconnaissant à notre collègue Georgi de m'avoir communiqué son schéma alors qu'il n'était pas encore imprimé, je l'ai quelque peu modifié et complété en y ajoutant les rapports avec les lésions anatomiques et la démence, tels que je les ai exposés dans la première partie de mon rapport.

La suite de mon exposé sera plus résumée et succincte, je voudrais seulement exposer quelques grandes lignes (1). Dans son rapport présenté à Düsseldorf, qui est aujourd'hui classique, Foerster a distingué quatre catégories de facteurs épileptogènes :

1. Les facteurs irritatifs : il en énumère 18 dont un est représenté par l'épilepsie essentielle ;
2. Le facteur important réduisant le seuil de l'irritabilité ;
3. Les facteurs accidentels ;
4. Des facteurs ictogènes.

La dernière catégorie paraît particulièrement intéressante au point de vue clinique et patho-physiologique. Gowers a dit avec raison que chaque crise épileptique était partiellement la conséquence de la crise précédente et la cause de la crise suivante. Cela ne dépend pas seulement des processus biochimiques réversibles, mais repose sur une propriété fondamentale du système

(1) Les lecteurs français trouveront un résumé analogue dans le rapport de Pagniez.



nerveux central, la canalisation dynamique (Bahnung) ou l'automatisation d'un phénomène de décharge. Il est, au point de vue thérapeutique, comme nous l'apprenait déjà Sahli, important d'empêcher la création de l'habitude épileptique. Combattre par tous les moyens la crise épileptique paraît à la lumière des faits anatomiques, que nous venons d'exposer, s'imposer d'une manière tout à fait catégorique ; nous empêchons ainsi la création des lésions secondaires, base de la démence, mais nous empêchons aussi l'habitude épileptique. La justification de nos mesures thérapeutiques, qui ne sont pas du domaine de mon rapport, se trouve dans nos conceptions anatomo-pathologiques et pathophysiologiques actuelles.

Le fait que des crises épileptiques symptomatiques peuvent être provoquées par un grand nombre de facteurs irritatifs et dans les circonstances les plus diverses, pourrait rendre la recherche de la cause centrale principale presque impossible. On peut considérer la crise épileptique comme une charge et décharge successives de la cellule nerveuse. Muskens considère la crise comme une réaction de décharge et la charge serait constituée par l'amoncellement de certaines toxines provenant, soit du métabolisme, soit du dehors, et dont l'accumulation amènerait finalement la décharge de la cellule, de sorte que la crise débarrasserait l'organisme en même temps de certains poisons. Cette théorie de l'intoxication et de la décharge invoque le fait clinique que certains épileptiques paraissent soulagés par la crise. La décharge est nettement bienfaisante pour certains épileptiques d'asile et pour leur entourage ; le personnel infirmier reconnaît à l'irritabilité progressive de certains malades l'approche d'une crise ; après, ces malades seront, souvent pour assez longtemps, de nouveau tranquilles et agréables.

Certaines excitations extérieures, qui provoquent directement la crise épileptique, comme l'excitation électrique de l'écorce cérébrale, certains poisons peuvent provoquer dans chaque organisme sain une crise épileptiforme, d'autres facteurs, comme la plupart des facteurs indirects, seulement dans certaines circonstances. Ici, on ne peut pas se passer, surtout pour l'épilepsie essentielle, de la notion de la variabilité du seuil irritatif et des facteurs qui les régissent. Un abaissement du seuil de l'irritabilité, soit par une maladie modifiant la constitution comme la lués ou surtout par un trouble de la sécrétion interne amènera déjà une réaction épileptiforme à des influences quasi-physiologiques.

Foerster a partagé les glandes à sécrétion interne en deux



groupes. Il estime que les suivants abaissent le seuil de l'irritabilité et par conséquent faciliteraient l'éclosion des crises : glandes surrénales, thymus persistant, corps jaune, pancréas, thyroïde et épiphyse. La théorie surrénale a donné lieu à certaines interventions chirurgicales, dont les espoirs ont été nettement déçus et ont ainsi ébranlé la théorie. Il n'est pas établi si le pancréas agit par l'insuline. Il est seulement certain que l'hypoglycémie provoque des convulsions épileptiformes, ce qui ne veut pas dire que l'hypoglycémie joue un rôle dans l'épilepsie essentielle. Les récentes recherches de Munch-Petersen et de Schou ont établi que la glycémie à jeun des épileptiques n'est pas abaissée, ils ont trouvé seulement une courbe aplatie et prolongée sous l'influence de l'adrénaline et, d'autre part, en donnant du glucose, un seuil élevé de la glycémie. Nous avons constaté chez une épileptique un coma hypoglycémique qui ne provoquait pas de crise.

Parmi les glandes pouvant élever le seuil de l'irritabilité et par conséquent diminuer le risque d'une crise, Foerster énumère la parathyroïde, le thymus infantile, les glandes sexuelles, le pancréas, la thyroïde, et comme la plus importante, l'hypophyse. Pour cette dernière, il se base sur la constatation clinique, que la dystrophie adiposo-génitale est souvent accompagnée de crises épileptiformes qui surviennent aussi dans l'aplasie de l'hypophyse tandis que l'hypertrophie de l'hypophyse produirait le contraire, ce qui pourrait également expliquer la disparition des crises pendant la grossesse. Il se base également sur la constatation expérimentale de Altenburger et Stern qui chez 25 sur 40 épileptiques ne trouvaient pas d'hormone hypophysaire dans le liquide céphalo-rachidien.

Mais tout cela paraît peu certain lorsqu'on lit les travaux plus récents de Marx et Weber, sur lesquels se base aussi Stauder, qui admettent qu'une hormone vaso-constrictive, probablement identique avec l'hormone hypophysaire, serait épileptogène, Marx et Weber ont trouvé dans le sérum des épileptiques, avant la crise, des substances élevant la pression sanguine. Enfin, Mc Quarry a pu, par l'absorption d'une grande quantité de boisson et en administrant en même temps de l'hypophysine, qui est anti-diurétique, provoquer avec une grande certitude l'apparition des crises épileptiques. Le mécanisme de cette expérience nous occupera encore plus loin. Ici, il s'agit surtout de montrer que ces expériences ne paraissent pas favorables à la thèse de Foerster, rangeant l'hypophyse dans les facteurs diminuant l'irritabilité. La possibilité reste ouverte que, d'une part,

Altenburger et Mc Quarry n'emploient pas la même composante de l'hormone hypophysaire et qu'enfin la même substance peut selon d'autres facteurs, avoir tantôt un effet inhibiteur, et tantôt un effet excitateur. L'étude de diverses sécrétions hypophysaires paraît du reste aujourd'hui envisager les choses d'une façon bien plus complexe qu'à l'époque où Foerster présenta son rapport.

Le domaine de la sécrétion interne n'est pas le seul où la physiopathologie de l'épilepsie reste pleine de contradictions.

En examinant de près notre schéma synthétique, nous constatons que, parmi les facteurs centraux humoraux, ils se trouvent finalement trois qui se rangent parallèlement : les troubles de l'équilibre acide-base, les troubles vaso-moteurs et l'œdème, qui agissent tous sur la cellule nerveuse en lésant sa respiration (anorexie) et en troublant sa perméabilité, ce qui abaisse le seuil d'irritabilité. Parmi les troubles de l'équilibre acide-base, on a admis pendant longtemps, sous l'influence des recherches de Bigwood, une alcalose décompensée ainsi qu'une diminution du calcium ionisé, comme facteur humoral important. Cette supposition ne peut plus être maintenue aujourd'hui. P.-H. Rossier (Lausanne) et avant lui Dautrebande (Bruxelles), sont arrivés à des conclusions opposées avec une méthode qui paraît plus exacte. Rossier a examiné chez 37 épileptiques l'équilibre acide-base avec la méthode électrométrique de Michaëlis, en déterminant en même temps la réserve d'alcali. Il a trouvé dans l'état pré- et interparoxysmal presque toujours des valeurs normales, quelquefois un pH un peu diminué, donc une acidose. L'équilibre est fortement troublé pendant et après les crises, présentant alors des fortes variations. La constatation la plus certaine paraît l'acidose post-paroxysmale, provenant de la forte activité musculaire avec production d'acide lactique. On a également invoqué comme preuve de l'importance de l'alcalose, la provocation d'une crise par hyperventilation qui, en effet, peut provoquer une crise épileptique. Ici, il faut dire que l'hyperpnée est loin de provoquer régulièrement une crise. Parmi les malades examinés par Rossier dans le cas où l'hyperventilation fut tentée, elle ne provoqua jamais de crise épileptique, seulement des symptômes de tétanie. Foerster indique que l'hyperpnée provoque seulement chez 40 % des épileptiques une crise. Laruelle obtenait seulement dans 16 % de ses cas la crise épileptique. Il paraît que certaines influences saisonnières modifient également l'effet de l'hyperpnée qui serait particulièrement épileptogène au printemps. L'hyperventilation amène des spasmes vasculaires et l'anoxémie des tissus dans le cerveau. D'après Wuth, les troubles

# Etat paroxysmique et postparoxysmique

## Etat préparoxysmique

Facteurs causaux provoquant des crises epileptiques.

excitant directs

diagnose  
inflammation  
infection  
infection  
infection

excitant indirect  
Alcool, épilepsie,  
convulsions, hystérie,  
cécité, méningite,  
cécité

Facteurs endogènes

Changement de jour  
Fébrile  
Fébrile  
Fébrile

Facteurs exogènes

Facteurs exogènes

Facteurs exogènes

Facteurs exogènes

Facteurs exogènes

Facteurs exogènes

Facteurs exogènes

Facteurs exogènes

Facteurs exogènes

Facteurs exogènes

Facteurs exogènes

Facteurs exogènes

Facteurs exogènes

Facteurs exogènes

Facteurs exogènes

Note : lire excitabilité au lieu d'instabilité dans le schéma ci-dessus (excitabilité augmentée).

circulatoires et les troubles de l'équilibre acido-basique sont des facteurs parallèles qui, par un trouble de la nutrition cellulaire, l'anoxémie tissulaire, exercent une excitation irritative sur la cellule, comme l'admettent aussi Lennox et Cobb.

La théorie admettant, comme un des facteurs les plus importants, le trouble de la nutrition cellulaire, paraît également confirmée par le fait que l'anémie cérébrale dans la maladie d'Adam-Stokes, dans l'asphyxie et surtout dans les diverses maladies angiospastiques telles que l'hypertonie, qui amènent des spasmes vasculaires, entraîne souvent des crises épileptiformes. Krapf a pu montrer que l'épilepsie tardive se rencontre surtout chez des malades hypertendus. Des phénomènes angiospastiques ont été constatés sur les vaisseaux de la rétine. Les constatations anatomiques de notre première partie du rapport se rangent ainsi facilement dans notre schéma et y trouvent leur place bien désignée.

Le seuil de l'irritabilité cellulaire peut être influencé par des changements dans la perméabilité de la membrane cellulaire, de chaque forme d'œdème dépendant de la teneur du tissu en sel et en liquide. Il peut aussi être influencé par les oscillations de l'équilibre acido-basique, aussi quelques auteurs trouvent une disposition particulière à la décharge convulsive, lorsqu'il y a élimination augmentée de potassium. Les auteurs américains ont le mérite d'avoir porté une attention particulière à ces rapports.

Tandis que, précédemment, on avait justifié l'effet du régime cétogène, en acidifiant par antagonisme avec la fameuse alcalose, Mc Quarrie a pu montrer que le même effet anticonvulsif pouvait être obtenu par la diminution des boissons et la déshydratation de l'organisme, tandis que la rétention du liquide par augmentation de la boisson et diminution de la diurèse amène plus souvent une crise épileptique que l'hyperpnée. L'augmentation de l'apport de liquide produit un œdème de la cellule et a, pour conséquence, une augmentation de la perméabilité et une augmentation de l'irritabilité. Le trouble de l'équilibre hydrique joue un rôle particulièrement important chez les enfants qui ont un cerveau qui s'œdématise facilement. Il doit être mis en rapport avec les conceptions d'autres auteurs américains sur le trouble de la circulation du liquide céphalo-rachidien dans l'épilepsie.

Temple-Fay a trouvé des altérations des granulations de Pacchioni, ce qui empêcherait la résorption du liquide céphalo-rachidien et aurait pour conséquence des amas de liquide dans les espaces sous-arachnoïdiens à la convexité du cerveau. Ces lacs



liquididiens peuvent exercer une irritation locale et provoquer des réflexes vasomoteurs. Aussi, Orzechowski voit le facteur épileptogène le plus important réalisé par un trouble général de la circulation du liquide céphalo-rachidien ou aussi localisé qui amène une stase dans les espaces sous-arachnoïdiens et les espaces de Virchow-Robin et exerce un effet épileptogène par irritation mécanique et chimique. Orzechowski trouve, dans l'effet mécanique de la crise sur le cerveau, un mécanisme d'auto-protection, puisque son effet aspirateur exerce un effet réparateur sur le trouble de la circulation liquidienne. Ainsi la crise amènerait, d'après Muskens, une élimination des toxines et, d'après Orzechowski, un rétablissement de l'équilibre liquidien.

L'examen chimique du liquide céphalo-rachidien ne donne pas de constatations particulières ; les changements de la pression liquidienne sont parallèles aux troubles vasculaires et au changement du volume cérébral. Il y a d'abord abaissement de la pression, puis forte augmentation pendant la crise. On ne peut pas expliquer la diminution de la perméabilité hémato-liquidienne au bromure, selon Walter. Nous avons également pu la confirmer, mais surtout chez des malades chroniques avancés, comme dans la schizophrénie. Il s'agit donc encore d'un processus secondaire et certainement pas d'un phénomène pathogène primaire.

Puisque, dans toute la physiopathologie et dans ses répercussions anatomopathologiques, on se heurte toujours à des phénomènes vasculaires, il n'est guère étonnant qu'on ait cherché à trouver une origine centrale à cette dysrégulation vasculaire sous forme d'un trouble des centres vasomoteurs et végétatifs diencephaliques. Ainsi Salmon (Florence) a émis l'hypothèse de l'origine diencephalique de l'épilepsie. Des tumeurs de l'hypophyse, qui exercent une pression sur cette région, provoquent facilement des crises épileptiques. En tout cas, une labilité particulière du système végétatif est indéniable chez les épileptiques. Frisch lui a consacré une étude spéciale et a montré que, dans la crise épileptique, il y a décharge de la partie ergotrope du système végétatif (sympathique), comme dans la motilité corticale et extra-pyramidale. Encore ici, la question primaire et secondaire, cause ou conséquence, reste inextricable pour le moment.

Pour terminer, il nous reste à classer les diverses constatations sérologique, humorales et urinaires qui étaient longtemps au premier plan. Nous partageons l'opinion de Wuth et Georgi que les faits dûment établis et confirmés n'ont pas de rapports causals directs avec l'épilepsie, mais sont, comme l'exprime



notre schéma, d'une part des faits concomitants, des altérations préparoxystiques de l'organisme et, d'autre part, l'expression de l'oscillation continuelle et du rétablissement de l'équilibre troublé par la crise.

Si nous voulons faire de véritables progrès dans nos connaissances sur cette maladie toujours mystérieuse qu'est l'épilepsie, il faut, avant tout, clairement distinguer entre les facteurs provoquants, les mécanismes centraux, symptômes parallèles et conséquences.

## BIBLIOGRAPHIE

- DE ALLENDE-NAVARRO. — La barrière ecto-mésodermique du cerveau à l'état normal et pathologique avec considérations spéciales sur la schizophrénie et l'épilepsie. *Arch. Suisses de Neurol. et Psych.*, vol. 14, 16, 17 et 18, 1924-26.
- ALTENBURGER U. STERN. — Der Gehalt des Epileptikerliquors an Hypophysenhinterlappensekret. *Z. Neur.*, 112, 1928.
- ALZHEIMER. — Ein Beitrag zur patholog. Anatomie der Epilepsie. *Msch. f. Psychiatrie*, Bd 4, 1898.
- Beitrag zur Kenntnis der patholog. Neuroglia usw. *Nissl-Alzheimer'sche Arbeiten*, Bd 3, 1910.
- BLEULER. — Die Gliose bei Epilepsie. *Münch. mediz. Wochschr.*, 1895.
- BODECHTEL. — Topik der Ammonshornschaedigung. *Z. Neur.*, 123, 1930.
- BRATZ. — Ueber Sklerose des Ammonshornes. *Archiv. f. Psych.*, 31, 1897.
- Das Ammonshorn bei Epileptischen, Paralytikern, Senildementen. *Msch. Psychiatr.*, 47, 1920.
- BRAUN. — Ueber Pathogenese, Klinik u. Therapie der Epilepsie. *Arch. Suisses de Neur. et Psych.*, vol. XXXVI, 1935.
- V. BRAUNMÜHL. — Zur Histopathologie der Oliven. *Z. Neur.*, 112, 1928 ; 120, 1929 ; 126, 1930.
- CHRISTOFFEL. — Der Gedankengang in epileptischen Ausnahmezuständen. *Z. Neurol.*, 55, 1920.
- ELMIGER. — Neurogliabef. *Archiv. f. Psychiatrie*, 35, 1901.
- FAY. TEMPLE. — Some factors in mechanical theory of epilepsy. *Amer. J. Psychiatr.*, 8, 1929.
- Clinical obs. on the control of convulsive seizures by means of dehydration. *J. of nerv. and mental disease*, 71, 1930.
- FOERSTER. — Die Pathogenese d. epilept. Anfalls. *Zbl. f. Neur.*, 44, 746, 1926.
- FRISCH. — *Das vegetative System der Epileptiker*. Springer, 1928.
- GEORGI. — Pathogenese des epileptischen Anfalls. *Z. Neur.*, 106, 1926, u. *Handbuch der Neurologie*, 1935, Bd. VII.
- GRUHLE. — Die Epilepsien. *Handbuch der Geisteskrankheiten*, Bd. VIII.
- KENNEDY (Foster). — Clinical convulsions. *Am. J. Psychiatry*, 11, 1932.
- KRAPF (Ed.). — Ueber Spätepilepsien. *Arch. f. Psych.*, 97, 1932.

- KRISCH (H.). — Die « epileptischen motorischen » Varianten, etc. *Monatsschr. f. Psychiatrie*, 55, 56, 1924. *Z. Neur.*, 98.
- LARUELLE. — L'hyperpnée expérimentale. *Rev. Neurol.*, 1932, I, 1274.
- LENNOX and COBB. — Epilepsy. *Zbl. f. Neur.*, 52, 726.
- MARX u. WEBER. — Zur Pathogenese des epileptischen Anfalls. *Nervenarzt*, VII, 1934.
- V. MEDUNA. — Klinische u. anatomische Beiträge z. Frage der genuinen Epilepsie. *D. Zeitschr. f. Nervenheilkunde*, 129, 1932.
- MINKOWSKI. — Zur patholog. Anatomie u. Pathogenese der Epilepsie. *Jahrbuch f. Psych. u. Neur.*, 51. *Schweiz. Arch. f. Neur. u. Psych.*, 25, 1930.
- Neuer Beitrag zur pathologischen Anatomie der Epilepsie. *D. Zeitschr. f. Nervenheilkunde*, 116, 1930.
- MINKOWSKA (F.). — Recherches généalogiques. *Annales Médico-Psychologiques*, 1923 et 1931.
- MONRAD-KRON. — The clinic of Epilepsy. *Acta psychiatrica neurologica*, VI, 1932.
- MORGAN and GREGORY. — Pathological changes in the region of the tubercinereum in idiopathic epilepsy. *Zb. Neur.*, 57, 193, 58, 326, 1930.
- MUNCH-PETERSEN and SCHOU. — Investigations in the sugar-metabolism in epileptics. *Acta Psychiatrica Neurol.*, VI, 1931.
- MUSKENS. — *Epilepsie*. Springer, 1926.
- NEUBÜRGER. — Herzmuskelveränderungen bei Epileptikern. *Verh. d. deutschen patholog. Gesellsch.* Wiesbaden, 1928.
- ORZECZOWSKI. — Klinik u. Pathogenese der Epilepsie. *Zb. Neur.*, 53, 604.
- PAGNIEZ (Ph.). — Acquisitions récentes sur la physiologie pathologique et la pathogénie de l'épilepsie. *Revue Neurol.*, 1932, I, 1139.
- MC. QUARRY. — *Arch. f. exp. Pathologie*, 173, 1933.
- REICHARDT. — Gegenwärtiger Stand d. Epilepsieforschung. *Z. Neur.*, 89, 1923.
- ROSSIER. — *Etudes sur l'équilibre acide-base du sang*. 1932.
- SALMON. — Un centre végét. épiléptogène existe-t-il dans la région diencéphalique ? *Rev. Neurol.*, 39, I, 1932.
- SCHNEIDER (C.). — Schwankungen der Krampfneigungen während des Lebens. *Nervenarzt*, VII, 1934.
- SCHOLZ (W.). — Ueber die Entstehung des Hirnbefundes bei d. Epilepsie. *Z. Neur.*, 145, 1933.
- Epilepsie in der Anatomie der Psychosen. *Handbuch. der Psychiatrie*, Bd. XI, 1930.
- SPATZ. — *Cit. u. Neubürger in Handbuch d. Psychiatrie*. XI, 1930.
- SPIELMEYER (W.). — Funktionelle Kreislaufstörungen und Epilepsie. *Z. Neur.*, 148, 1934.
- Anatomie der Epilepsie. *Z. Neur.*, 89, 1923.
- Pathogenese des epileptischen Anfalls. *Zb. Neur.*, 44, 764, 1926.
- STAUDER. — Epilepsie u. Vestibulärapparat, Z. Kenntnis d. weltuntergangserlebnisses in den epileptischen Ausnahmezuständen. *Arch. f. Psychiatr.*, 101, 1934 ; Frage stellung u. Ergebn. d. neuern Epilepsieforschung, 102, 1934.
- SPEKANSKI, cité par STEBLOW. — Der epileptische Krampfprozess im Lichte einiger neuerer Ergebnisse. *Z. Neur.*, 150, 1934.
- STECK. — Syndromes extrapyramidaux. *Arch. Suisses de Neur. et Psych.*, XIX, 212, 1927.

- TRAMER. — Zur patholog. Anatomie des Zns. bei der Epilepsie. *Schweiz. Arch.*, 2, 1918.
- Unters. a. d. Gebiete d. Epilepsie. *Corresp. bt. fr. schweizaerzte*, 1919, 329.
- UCHIMURA. — Gefässversorgung des Ammonshorns. *Z. Neur.*, 112, 1928.
- Zur Pathogenese der örtl. elekt. Ammonshornveraenderung. *Z. Neur.*, 114.
- WILSON (K.). — Epilepsy. *Handbuch d. Neurologie*. XVII, 1935.
- WUTH. — Zur Pathogenese des epileptischen Krampfanfalles. *Zb. Neur.*, 44, 768, 1926 ; *Z. Neur.*, 109, 1927.
-

# SUR TROIS CAS D'HALLUCINATIONS VISUELLES CHEZ DES CATARACTÉS

PAR

A. BRUNERIE et R. COCHE (1)

Les hallucinations visuelles liées à des lésions circonscrites des voies optiques ont fait l'objet de maintes constatations anatomo-cliniques, mais celles que l'on peut attribuer à des lésions du globe oculaire sont moins connues. Leur existence ne semble cependant pas douteuse, mais le petit nombre de cas rapportés s'explique par la négligence que l'on met souvent à les publier, et par le peu d'intérêt que portent trop d'ophtalmologistes aux phénomènes psychiatriques.

Il nous a donc semblé très utile de faire connaître les faits de cet ordre que nous avons eu l'occasion de rencontrer, tant en clientèle qu'à l'Asile. Les trois observations ci-dessous sont celles de malades atteints de cataracte chez qui ont évolué les troubles hallucinatoires très nets.

OBSERVATION I. — (*Malade de la clinique psychiatrique du Prof. Lépine, Asile de Bron.*)

M. S... est âgé de 78 ans au moment de son internement : il est soigné depuis un an et demi par l'un de nous chez sa fille et son gendre.

Ancien boucher, il était gros buveur et gros mangeur, surtout de viande, mais n'avait jamais présenté d'antécédents pathologiques notables.

Il y a plusieurs années apparut une cataracte bilatérale. En février

(1) Travail de la Clinique neurologique et psychiatrique du professeur Jean Lépine, Université de Lyon.

1934, l'intervention qui s'imposait fut pratiquée par le D<sup>r</sup> Blanc avec toutes les précautions utiles. Comme le malade semblait somnolent et présentait une tension à 17/9 les jours précédents, un dosage de l'urée sanguine fut pratiqué, qui montra un taux de 0,37, ainsi qu'une analyse d'urine, qui demeura négative.

L'intervention se passe bien, mais le jour même, le malade se trouve, en quelques heures, en plein délire brutal avec confusion des idées et une grande agitation qui nécessite sa contention toute la nuit. Au cours de ce premier accès qui revêtait l'aspect du délire onirique, il avait commencé par arracher ses pansements, et compromis ainsi définitivement le résultat de l'intervention.

Peu à peu, sans que l'on puisse affirmer que se calme l'état délirant, les accès d'agitation vont en s'espaçant. Ramené chez lui quinze jours après l'opération et désormais complètement aveugle, le malade organise peu à peu, sur son délire onirique, une véritable hallucinose très curieuse.

Les hallucinations revêtent, en effet, au moins pendant cette période initiale, le type zoopsique et professionnel, traduisant surtout, semble-t-il, des préoccupations anciennes : animaux d'abattoir, troupeaux de bœufs, etc... Ce délire hallucinatoire, d'abord nocturne, s'affirme de plus en plus, même le jour. Il s'agit simplement de phénomènes visuels : lumières, animaux, personnages ; à un certain moment, il y a aussi des hallucinations lilliputiennes : bêtes et gens de taille minuscule, s'agitent sur son lit.

Bientôt, ce délire se complique du fait de préoccupations continues d'ordre sexuel, qui modifient le caractère des hallucinations et font apparaître des interprétations dirigées avant tout contre la famille et l'entourage : il fait des propositions à la domestique, accuse sa fille et son gendre d'amener, chacun de leur côté, maîtresses ou amants, reproche même à sa petite-fille de se livrer à des actes indécents.

C'est ainsi que s'organisa ce délire qui dure depuis un an et demi avec des insomnies à peu près complètes, une tendance panophobique invincible, des tentatives de fugue. Ces derniers jours seulement, la famille a dû se résoudre à demander l'internement en raison de l'attitude menaçante du malade et des perturbations qu'il apportait jour et nuit dans le ménage.

Les jours qui suivent son entrée, il ne ferme pas l'œil, crie et s'agite au point qu'il est nécessaire de le maintenir. Il donne pourtant de plus en plus l'impression d'une désagrégation sénile ; son délire semble moins organisé et il fait penser à un confus mental en pleine incohérence. L'origine toxémique de ces troubles peut être remise en question et on décide de pratiquer un dosage d'urée.

A l'entrée, l'analyse révèle 0,94 d'urée dans le sang. Huit jours plus tard, on en trouve 0,55.

Vingt jours après son internement, l'état très alarmant du malade



nécessite une saignée d'urgence ; aussitôt après celle-ci, l'aspect confusionnel disparaît pour céder la place à tout le syndrome hallucinatoire avec agitation. Deux jours plus tard, mort par suite d'urémie.

OBS. II. — (*Cette observation nous a été communiquée très aimablement par le Dr E. Blanc, que nous tenons à remercier ici.*)

Mlle B... est âgée de 52 ans. C'est une paysanne d'un naturel calme qui n'a jamais présenté jusqu'ici de désordres pathologiques graves, ni de troubles psychiques quels qu'ils soient. Ces derniers sont apparus à l'occasion d'une baisse visuelle due à une cataracte bilatérale à évolution très rapide.

Quand elle a été examinée pour la première fois, amenée par son frère avec qui elle vivait, les faits qui nous intéressent remontaient à un mois et demi ou deux mois : inquiète de voir baisser rapidement sa vue, elle commença à devenir taciturne. Dans les trois dernières semaines surtout, elle éprouvait à se diriger une peine considérable en raison de la baisse visuelle, et devenait de plus en plus pénible pour son entourage. C'est ce qui décida son frère à réclamer pour elle une opération, car il avait peur qu'elle ne devienne folle, tant était bizarre son comportement.

Au point de vue ophtalmologique, l'examen révéla une cataracte bilatérale, complètement mûre à gauche et presque mûre à droite : de ce dernier côté, seuls les doigts étaient vus à 0 m. 30. Cette cataracte avait d'ailleurs un aspect un peu particulier qui posait la question d'une origine endocrinienne : d'évolution extrêmement rapide, elle avait fait son apparition chez une femme de 52 ans présentant : un goitre assez volumineux — une grosse tumeur abdominale (fibrome ou kyste de l'ovaire) et des troubles de la pigmentation cutanée (plages dépigmentées entourées de zones d'hyperpigmentation).

Au point de vue psychiatrique, outre un certain degré de désorientation imputable à sa cécité presque complète, il convenait de noter des troubles du caractère : vivacité, impatience, méfiance, agressivité survenant chez une femme très calme auparavant. Enfin la malade présentait des hallucinations visuelles dont l'évolution ultérieure a été particulièrement intéressante ; ces hallucinations étaient d'ailleurs élémentaires et peu caractérisées ; il semble que la croyance de la patiente en la réalité de ses visions fut toujours limitée.

L'opération fut décidée et exécutée dans de bonnes conditions ; cependant la malade fut très agitée pendant l'opération et jusqu'au premier pansement ; elle fut capable, à ce moment-là, de distinguer les objets qui l'entouraient, ce qui la rassura. Depuis elle a retrouvé sa tranquillité et les hallucinations n'ont pas reparu.

Revue six mois après pour l'opération de son second œil, elle est tout à fait normale et n'accuse pas la moindre hallucination.

OBS. III. — (*Malade de la clinique psychiatrique du P<sup>r</sup> Lépine, Asile de Bron*).

Mme M... est âgée de 66 ans au moment de son internement. Originaire d'un petit village du département du Rhône, elle aurait jadis présenté des troubles mentaux assez nets pour nécessiter son internement ; malheureusement elle est sans famille, et il n'est pas possible d'obtenir à ce sujet de plus amples renseignements.

Elle était dernièrement, à l'Hospice de B... et, depuis un mois, donnait des signes d'aliénation mentale, avec irritabilité et agitation, qui nécessitèrent son transfert à l'Asile.

A l'examen, Mme M... est trouvée atteinte d'une cataracte bilatérale très nette qui entraîne une cécité à peu près complète. Les personnes qui se meuvent devant elle sont perçues comme des ombres vagues et elle n'est capable de compter les doigts qu'à une distance très réduite (quelques centimètres). Confinée au lit, du fait de sa cécité, elle mène une existence entièrement renfermée sur elle-même.

Au point de vue psychiatrique, elle présente un syndrome hallucinatoire très net. Les hallucinations auditives sont évidentes : les yeux fixés au plafond, elle parle souvent à haute voix, répondant à ses sœurs, aux membres de sa famille, à ses voisins, qui lui parlent à travers les murs et qui, pense-t-elle, se font ainsi entendre à distance grâce à l'électricité. Les hallucinations visuelles, qui étaient nettes au moment de l'internement, ont marqué depuis une certaine régression. Elles étaient élémentaires, et représentaient des objets, des personnages et des scènes familiers à la malade. Celle-ci, d'ailleurs, n'ajoutait pas foi sans réserve au témoignage de ses sens et remarquait elle-même qu'« on ne peut pas voir les gens qui sont absents ».

Depuis cinq mois d'observation, l'état de la malade est inchangé.

Il ne paraît pas possible de nier que les désordres survenant au niveau du globe oculaire, abstraction faite du psychisme ou de l'état du cerveau, soient capables de troubler les perceptions au point de donner naissance à des phénomènes hallucinatoires. Baillarger lui-même, dans les dernières années de sa vie, à la suite de troubles photopsiques qu'il éprouva à un œil et qu'il attribua à des phénomènes circulatoires, admit nettement l'existence « de modifications des appareils des sens, dont les malades n'auraient pas conscience ».

A tous ses degrés en effet, la maladie de l'œil, fût-elle inconsciente et minime comme un léger nuage flottant dans le vitré, ou au contraire entraînant-elle une cécité totale comme une cataracte bilatérale avancée, voire même une énucléation, fournit au cerveau des excitations originales, qui n'ont pas leurs semblables lors du fonctionnement normal des organes. C'est ainsi qu'une

réine soumise à des sollicitations anormales, ou un moignon de nerf optique qui perçoit des sensations absolument banales, les transmettront aux centres sous forme d'excitations ; ces excitations insolites, qu'elles soient optiques ou même banales, seront l'objet d'une élaboration de la part de centres étroitement qualifiés qui ne peuvent donner naissance qu'à des représentations visuelles. Une lésion qui affaiblit la perception arrive, de cette façon, à créer des visions fantastiques des plus variables.

De même, quel que soit le degré d'altération de la fonction visuelle, le malade conserve les sensations de son œil et des mouvements de son œil, mais il ne leur accorde pas d'intérêt et prête attention uniquement au spectacle qui se déroule en lui. Ce sont pourtant ces sensations qui, selon toute vraisemblance, forment l'espace hallucinatoire et conditionnent les modifications spatiales des visions.

En somme, nous arrivons presque ici à estimer que ces hallucinations sont en réalité dues à la perception d'un objet réel (la lésion oculaire), mais mal interprété : les sujets qui subissent ces visions sont très souvent des vieillards, et on sait qu'ils délirent aisément. Cependant, ce serait aller trop loin que de soutenir cette théorie jusqu'au bout, car la vieillesse et la diminution intellectuelle ne sont pas nécessaires à l'apparition de ces phénomènes. Il semble plus juste d'attribuer une part respective dans ces faits à l'hallucination et au délire.

De toute façon, au terme de cette courte revue, une comparaison s'impose, qui n'a pas manqué d'être invoquée maintes fois : ces phénomènes sensoriels, que l'on rencontre chez les cataractés, sont du même ordre que les phénomènes sensitifs mentionnés chez certains amputés des membres et connus sous le nom d'« hallucinations du moignon ». Ces deux ordres de faits ont, en réalité, les mêmes droits au titre d'hallucinations ; les uns comme les autres ne font l'objet d'une conviction délirante que dans la mesure où les facultés critiques du malade se trouvent diminuées.

Pour terminer, nous pensons qu'il n'est pas sans intérêt d'attirer l'attention sur le remarquable résultat que la thérapeutique chirurgicale a permis d'obtenir chez une de nos malades : l'intervention a amené la disparition radicale et définitive des phénomènes hallucinatoires apparus à la suite du développement d'une cataracte ; nous y voyons la preuve quasi-expérimentale de la relation de cause à effet qui nous semble certaine entre le trouble psycho-sensoriel et la lésion anatomique de l'organe récepteur.

## BIBLIOGRAPHIE

(Travaux français publiés sur la question)

- BAILLARGER. — Physiologie des hallucinations. Les deux théories. *Ann. Méd.-Psych.*, 7<sup>e</sup> série, t. IV, 1886, p. 35-36.
- BALVET (P.). — Hallucinations visuelles de type hypnagogique chez une femme de 73 ans atteinte de glaucome bilatéral. *Ann. Méd.-Psych.*, 1935, t. I, p. 518.
- CLAUDE (H.), BARUK (H.), VERVAECK (P.). — Syndrome hallucinatoire visuel et auditif au cours du développement d'une syphilis héréditaire oculaire et labyrinthique. Considérations sur une variété spéciale d'hallucinations oculaires provoquées. *Ann. Méd.-Psych.*, 1927, t. I, p. 152 à 163.
- CUEL et FAVORY. — A propos d'hallucinations verbales et grammaticales observées dans un cas de décollement rétinien. *Journ. de Psychol.*, 15 novembre 1924.
- FLOURNOY. — Hallucinations lilliputiennes chez un vieillard atteint de cataracte. *Encéphale*, nov. 1923, p. 566 à 579.
- MORAX. — Sur les hallucinations visuelles survenant au cours des altérations rétinienues. *Progrès médical*, 14 déc. 1922.
- QUERCY (P.). — *L'hallucination*, Alcan éd., 1930.
- TARGOWLA (R.) et PICARD (J.). — Hallucinations visuelles élémentaires et conscientes dans un cas de décollement rétinien. Intégration secondaire dans un syndrome délirant. Le syndrome hallucinatoire du décollement de la rétine. *Ann. Méd.-Psych.*, 1928, t. I, p. 136 à 140.
- TRUC. — Phantopsies d'origine oculaire. *Ann. d'oculistique*, 1925.
-

# NOTE AU SUJET DES PEINTURES ET DESSINS D'UN SCHIZOPHRÈNE MALGACHE

PAR

V.-L. HUOT

Au cours des deux années pendant lesquelles nous avons assuré les fonctions de Médecin-Inspecteur de l'Asile d'aliénés de Tananarive, il nous a été donné de suivre un malade particulièrement pittoresque, schizophrène, auteur de peintures et de dessins dont l'étude nous a paru présenter un certain intérêt.

Le sujet dont il s'agit est un nommé Rasolomanana Victor-Emmanuel, homme de 45 ans, de caste andriana, sujet de type malais, de peau claire.

Rasolomanana n'a pas connu son père mort peu après sa naissance et qui aurait été un architecte réputé, bon dessinateur, ayant pris une part importante aux travaux de modernisation du Palais de la Reine (construction des verandahs à arcades et des tours d'angle).

Aucun renseignement précis sur la mère morte après l'entrée du malade à l'asile ainsi que ses deux sœurs aînées.

Mariage à 19 ans dont sont nés 3 enfants. L'aîné mort en bas âge. Rasolomanana ne sait ce que sont devenus les deux survivants, un garçon et une fille, qui fréquentaient encore l'école au moment de son internement.

Enfance studieuse, subit avec succès les divers examens qui marquent les échelons de l'instruction primaire supérieure à Madagascar. Au terme de ses études, titulaire d'un diplôme officiel d'instituteur, Rasolomanana est employé à l'âge de 19 ans dans les écoles des Missions protestantes anglicanes. Dans les années qui suivent, apparition de troubles progressifs du caractère et du comportement — bizarreries de la tenue et du costume, tendances revendicatrices qui sont l'occasion à la fois d'incidents tumultueux dans la classe qu'il a à diriger et d'observations mal supportées de la part de ses supérieurs des Missions évangéliques. Ceux-ci, convaincus de la nature pathologique de son état, veulent le faire hospitaliser aux fins d'observation dès l'année 1911, Rasolomanana étant à ce moment âgé de



22 ans. Il refuse observation et traitement et préfère donner sa démission de son emploi.

Vers la même époque, il rompt, après quelques années de vie conjugale, tout rapport avec sa femme qui se retire avec ses enfants dans sa famille. Rasolomanana va alors vivre avec sa mère et ses sœurs à Ilafy dans la banlieue de Tananarive, ne se livrant à aucun travail régulier et productif. Il ne fait aucune tentative pour perfectionner et appliquer à des productions dont il puisse retirer un bénéfice matériel des dons naturels de dessinateur et de coloriste au moins égaux à ceux de la moyenne des artistes hovas qui arrivent à s'assurer un gagne-pain par la vente de leurs œuvres. Il se contente d'extérioriser avec des procédés de fortune sur toutes les matières qui lui tombent sous la main : papier, carton, bois, la réalisation visuelle de ses ruminations autistiques. En même temps, il arbore un accoutrement extravagant, vêtement de coupe européenne avec casque colonial, faux-col et cravate, agrémenté d'une ornementation sans signification, découpures de pièces d'étoffe multicolores, objets métalliques hétéroclites, ne visant pas d'ailleurs à en imposer pour des insignes de décorations honorifiques, la pièce principale de cette bimbelerie étant constituée par un bouton de porte en émail porté en sautoir.

Il déclare avoir été poussé dès cette époque par un besoin d'invention. En réalité, les recherches qui absorbent la part de son activité laissée libre par l'exécution de ses peintures se réduisent à de vagues tentatives de décoration d'objets usuels, malles à effets, sacoches de cuir, tentatives mal servies par le peu d'habileté manuelle d'un sujet auquel la Bible et les manuels scolaires sont plus familiers que le maniement des outils de l'artisan. Rasolomanana vit ainsi pendant douze à treize ans entièrement à la charge des siens, sans donner lieu, semble-t-il, à d'autres incidents qu'à des attroupements d'enfants et de badauds suscités par sa mise extravagante. La police doit cependant avoir à s'occuper de lui à diverses reprises et une dernière algarade au grand marché hebdomadaire de Tananarive où il crache par mégarde, prétend-il, sur la robe d'une femme européenne qui le souffle, l'amène au poste de police d'où il est dirigé sur l'hôpital indigène. Après une courte observation, il est interné à l'asile d'Anjanamasina où il arrive le 9 février 1924.

Le premier bulletin semestriel établi après six mois d'internement (août 1924) le signale comme atteint de « déséquilibre mental. Etat mental sans changement depuis son internement, caractère très irritable, se dispute assez souvent avec ses co-internés. La plupart du temps il se plaint que sa nourriture est insuffisante et réclame une ration supplémentaire. Par ses idées délirantes de grandeur et de persécution, il devient parfois dangereux. Les bulletins des années 1925 à 1926, établis par un médecin indigène sans instruction psychiatrique bien poussée, restent dans la même note. Déséquilibre mental. Intelligence faible (?), mémoire faible (?). Idées

de persécution le rendant difficile à conduire, se plaint qu'on le maltraite, qu'on veut le faire mourir à l'asile. Déséquilibré à caractère bizarre, fantasque et irritable. Se plaint de temps à autre de douleurs cénesthésiques vagues ». Au premier semestre 1927, Rasolomanana est étiqueté sans autre commentaire comme atteint de psychose systématisée progressive, et cette mention est reproduite automatiquement sur les bulletins semestriels successifs jusqu'au début de 1933, époque où nous avons commencé à observer ce malade.

Ce qui frappe chez lui à l'heure actuelle, dans un état vraisemblablement constitué depuis de nombreuses années et en tous cas sans modification pendant les deux ans durant lesquels nous l'avons suivi, c'est la discordance entre les troubles profonds de l'affectivité et du pragmatisme et la conservation à peu près complète des facultés purement intellectuelles, malgré les conditions assez pénibles d'un internement de dix ans et une durée totale d'évolution du syndrome psychiatrique de plus de vingt-cinq ans.

Rasolomanana s'exprime en un français parfaitement correct, avec une certaine recherche et une tendance à la phraséologie emphatique auxquelles il n'y a pas à attribuer une signification particulière et qui sont celles de tous les Malgaches parvenus à son degré d'instruction.

Les tests élémentaires auxquels nous l'avons soumis sont dans l'ensemble des plus satisfaisants. Les épreuves d'attention (lettres à barrer dans un texte, épreuves de labyrinthes) sont exécutées rapidement sans fautes.

Les épreuves de jugement (phrases absurdes, phrases en désordre) donnent lieu à des réponses correctes.

La solution juste d'un petit problème d'arithmétique avec application de la règle de trois est donnée rapidement.

Parmi les épreuves de mémoire, seules sont assez faibles les épreuves de mémoire auditive des chiffres. La mémoire d'évocation et de reconnaissance est relativement bien conservée. Rasolomanana se rappelle parfaitement la date de son internement. Il a gardé le souvenir exact des événements survenus à l'asile depuis 10 ans : noms des directeurs et des médecins inspecteurs qui s'y sont succédés.

A côté de ces éléments remarquablement conservés de son psychisme, l'affectivité marque une baisse très marquée. Il ignore ce que sont devenus sa femme et ses enfants dont il était séparé depuis une douzaine d'années au moment de son internement, et n'est préoccupé de leur sort à aucun moment.

Malgré le peu de valeur des renseignements de son dossier relatifs au début de son internement, bulletins établis par des médecins indigènes de faible instruction psychiatrique et médiocrement observateurs, il semble bien qu'il ait présenté à ce moment des tendances revendicatrices assez accusées. Ces tendances actuellement et depuis deux ans que nous le suivons se sont considérablement atténuées.

Rasolomanana se montre parfaitement docile vis-à-vis du personnel de l'asile. Au cours de nos interrogatoires, s'il est assez porté à se plaindre de sa situation et de sa privation de liberté, c'est sans acrimonie et sur un ton humble et résigné. Il se plaint principalement de la turbulence de voisins de chambre un peu agités, sans pourtant se montrer vis-à-vis d'eux ni violent ni agressif. Il manifeste à ce sujet une ébauche de syndrome d'influence déclarant que l'agitation de ces malades résulte de l'action de mauvais esprits dont il ressent lui-même les atteintes qu'il compare aux effets d'une « sorte d'électricité ».

On ne peut cependant pas parler des véritables interprétations délirantes à propos de ces déclarations basées sur une explication des troubles mentaux traditionnelle dans la race malgache.

Le plus gros grief formulé par Rasolomanana contre ses voisins, c'est de le troubler dans l'exécution de ses œuvres picturales. En nous présentant ses doléances à ce sujet, il se déclare profondément « découragé » au point de se sentir « comme agonisant ».

Il ne semble pas d'ailleurs que les productions plastiques de Rasolomanana, contrairement à la première impression qu'elles peuvent donner, soient le simple produit d'un facile automatisme. La plupart sont restées inachevées et celles qu'il considère comme terminées ne l'ont été qu'après de longs efforts. Rasolomanana, à qui nous avons apporté un jour un certain nombre de cartons de photographe, n'a pas manifesté la satisfaction profonde que nous attendions chez lui de cette possibilité d'exécuter ses peintures sur une matière se prêtant infiniment mieux à ses essais que les objets hétéroclites utilisés par lui jusque là. Sa production s'est réduite dès ce moment à une série de peintures qu'il s'est cru obligé d'exécuter sur commande (reproduction du palais du Gouvernement général, vues panoramiques de Tananarive, paysages divers) et qui sont loin de présenter l'originalité et l'intérêt des œuvres spontanées antérieures à notre intervention.

Il est à noter qu'aussi bien dans son ancienne que dans sa nouvelle manière, Rasolomanana s'est toujours cantonné dans des productions imaginatives et symboliques à base de souvenirs visuels anciens et qu'à aucun moment il ne s'est essayé à une reproduction d'après nature de figures, scènes ou paysages qu'il a actuellement sous les yeux. Rasolomanana vit d'ailleurs cantonné dans un coin de la salle commune qu'il occupe, où il s'est aménagé une sorte d'atelier pittoresque, fouillis de récipients de toute forme et de toute matière, assiettes, gobelets, boîtes de conserve pour ses couleurs, réseau compliqué de ficelles tendues auxquelles il suspend certaines de ses œuvres, des sacoches rem-

plies de cartons et ses baroques oripeaux d'apparat. Dans un coin est installé à la place d'honneur une malle debout surmontée d'un fronton architectural de bois découpé avec de chaque côté de ce fronton deux tourniquets à quatre branches sans signification et sans utilité, cet ensemble saugrenu représentant celle de ce qu'il appelle ses « inventions » dont il est particulièrement fier. Rasolomanana, quand il est prévenu de notre visite ou de celle de personnages de quelque importance, ne manque jamais de se revêtir de l'accoutrement baroque décrit plus haut. Le jour où nous sommes venu le voir accompagné d'un photographe, il s'est très complaisamment campé devant l'objectif dans une pose avantageuse.

Nous avons retenu de sa production cinq spécimens caractéristiques qui nous ont paru particulièrement intéressants par ce qu'ils nous permettaient de mettre à jour des complexes idéo-affectifs dominant chez ce malade.

Le spécimen de la figure 1 qui nous paraît le plus curieux représente un personnage démoniaque dans un décor de bureau moderne — imposante table-bureau, bibliothèque, fauteuil tournant. Ce personnage, courbé sur le bureau et tournant vers le spectateur une face grimaçante, noircit de chiffres et de figures cabalistiques une grande feuille de papier. La signification d'un être satanique occupé à une tâche de magie paraît évidente.

Ce qu'il y a d'imprévu dans cette représentation, c'est la curieuse ressemblance avec les figures diaboliques de l'imagerie religieuse de notre moyen âge occidental. Il y a là une rencontre tout à fait inattendue entre l'inspiration de l'imagier primitif du moyen âge catholique et celle de ce hova façonné par l'église réformée qui n'a certainement jamais eu sous les yeux aucun document iconographique du type de ceux auxquels on ne peut s'empêcher de comparer son étrange composition. Or, quand on demande à Rasolomanana la signification de cette représentation, il répond qu'ayant entendu dire qu'on arrivait à réaliser en Europe des dressages surprenants d'animaux, il a imaginé et voulu représenter un singe parfaitement dressé qui occuperait dans un bureau la place d'un écrivain-comptable. Il a d'ailleurs écrit en légende sur une sorte d'écusson dans la partie droite de la composition : « Raillerie — Ecrivain — Comptable ». A en croire l'auteur, il n'y aurait dans cette peinture aucune intention de représenter une figure satanique. Il y a vraisemblablement lieu de suspecter à ce sujet la sincérité de Rasolomanana, qui semble ne pas vouloir avouer sa hantise du satanisme et donne de figures analogues d'un autre document une interprétation





FIG. 1.



spécieuse et peu vraisemblable. En admettant que ses explications soient fournies de bonne foi, il n'en resterait pas moins que l'obsession satanique, peut-être non parvenue chez lui à la claire conscience, est certainement au nombre des influences dominantes de son subconscient.

Dans le spécimen de la figure 2, on voit apparaître, en outre de figures diaboliques analogues à celles de la première composition, l'extériorisation d'un complexe assez curieux, qui a ses racines dans l'association des plus fortes impressions de l'enfance de l'auteur.

Rasolomanana, qui serait né vers 1889, devait avoir de 7 à 8 ans au moment de la prise de Tananarive par le corps expéditionnaire français. Cet événement capital de l'histoire de son pays, l'écrasement rapide de l'armée hova réputée invincible, le spectacle des parades et défilés des troupes victorieuses ont certainement été l'occasion de chocs émotifs particulièrement intenses pour une sensibilité d'enfant.

A la même époque, Rasolomanana commençait à fréquenter l'école de la « London Missionary Society », et la figure du révérend anglican se gravait dans ses souvenirs d'enfance avec un relief égal à celui de la silhouette du chef militaire français défilant en tête de ses troupes.

On pourrait s'attendre à trouver dans des compositions où ressortent les souvenirs les plus fortement gravés de son enfance ces deux types reproduits séparément avec chacun leurs caractères propres. Or, dans toutes les productions de Rasolomanana sans exception, on se trouve en présence d'une curieuse fusion des deux prototypes. Dans le spécimen n° 2, vaste composition à multiples personnages, on distingue à gauche un rassemblement de militaires européens copieusement galonnés et décorés, même les simples porteurs de fusil dans la position de « Présentez armes ». En tête du groupe et en posture de chef un personnage avec les traits très reconnaissables d'un clergyman britannique et tenant à la main une Bible est revêtu d'un uniforme multigalonné et coiffé d'un casque colonial du modèle réglementaire dans l'armée coloniale française jusqu'à ces dernières années, modèle qui n'a jamais été arboré par aucun sujet britannique. La main gauche qui tient une Bible laisse pendre, tenu par la bélière, un sabre imprévu. Au centre de la composition, dans la partie supérieure, deux figures sataniques, personnages cornus et griffus, grimaçant et gambadant, et au-dessous des démons deux anges en prière. A noter l'inattendu de cette disposition, alors qu'on s'attendrait à voir les anges portés dans le ciel par

des nuages et les figures diaboliques dans la partie inférieure du tableau. A noter également sur le même plan que les démons en

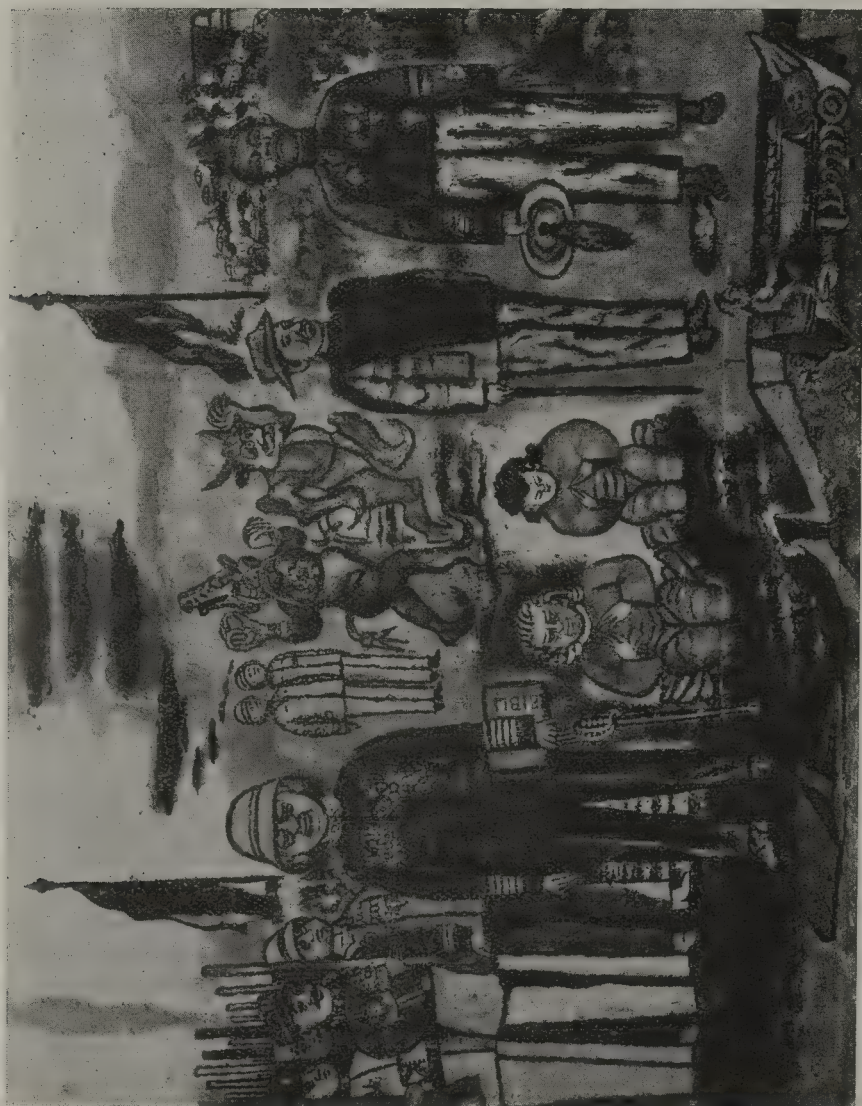


FIG. 2.

retrait, deux civils européens, colons ou administrateurs. Rasolomanana, dans le commentaire qu'il nous fait de son tableau, se défend, comme pour l'image précédente, d'avoir voulu représenter des figures sataniques. Ce ne serait, d'après lui, que des

acteurs revêtus d'un déguisement, un jeu de masques. Dans la partie droite de la composition paraissant s'opposer au groupe de gauche sont fièrement campés deux personnages de l'ancien régime malgache, un hova de caste noble revêtu du lamba traditionnel, raidi dans une attitude de morgue hautaine et un chef militaire de l'ancienne armée hova portant haut en orgueilleux héros de l'indépendance noire une large face négroïde d'un type assez répandu dans les armées de l'ancien régime où les fiers andrianas de race malaise, plus soucieux de grasses prébendes administratives que de postes périlleux, ne craignaient pas de voir accéder à des commandements importants des autochtones négroïdes des provinces du Nord ou du Sud de l'île. Comme fond de ces deux figures, un village fortifié de l'ancien régime, un de ces « rova » où les garnisons des anciennes reines se tenaient à l'abri des coups de main. Enfin, dans le coin inférieur de droite, se voit une vague figure allégorique assise dans une sorte de bachot propulsé par une motogodille, représentation où apparaît, en outre des influences traduites par le reste du tableau, la forte impression produite sur Rasolomanana par la brusque révélation des conquêtes du machinisme européen.

Rasolomanana donne de sa composition une interprétation dont la sincérité nous paraît assez douteuse et où domine la négation déjà signalée de la préoccupation satanique. Il est d'ailleurs probable que les tendances qu'y révèle une analyse objective restent chez lui assez confuses et n'émergent pas clairement de son subconscient. Dans une légende calligraphiée en style amphigourique sur une feuille de papier rapportée et composée longtemps après l'exécution du tableau, il déclare qu'il a voulu réaliser un « Jeu de recherche oraculeuse, miraculeuse et mystérieuse. Le Messie... Dieu. Satan. Jeu de masques. Anges. Armée.

« Après l'exécution de faits très compliqués, vous trouverez  
« et aurez un pays céleste, le Paradis céleste et qui peut être  
« le Racheté de la vie terrestre selon Dieu et Eternel. Trouver  
« Satan, la Sainte Conception inée, Jésus et Jésus.  
« C'EST IMPOSSIBLE pour la vie terrestre ».

Même en admettant ce commentaire où nous soupçonnons Rasolomanana d'estomper et de présenter sous une forme anodine ses tendances véritables, on ne peut que trouver dans cette allégorie l'expression d'un doute sérieux sur la qualité réelle d'une confession religieuse aussi étroitement associée à la force armée de l'envahisseur. En dépit de la prudente absence de conclusion représentée par l'affirmation que trouver parmi les

personnages du tableau qui est le Messie et qui est Satan. « C'est impossible pour la vie terrestre », il semble bien que pour Rasolomanana ce porteur de Bible galonné et traîneur de sabre, commandant des mouvements de maniement d'armes, sente quelque peu le fagot. A noter également le rapprochement assez subversif sur le même plan de deux civils européens et des deux personnages démoniaques.

Il est peu douteux que dans l'esprit de Rasolomanana, au delà de la vie « terrestre », le moment où le royaume de Dieu sera réalisé sur la terre verra un renversement des valeurs et le retour à la place prépondérante des personnages de l'ancien régime hova opposés à la partie droite du tableau dans des postures si avantageuses au groupe de gauche où la force des baïonnettes a bien l'air de représenter le plus effectif moyen de propagande de l'évangéliste européen.

Dans le spécimen de la figure 3, on retrouve encore plus accentuée la tendance à une militarisation qui s'étend cette fois à la femme et aux enfants d'un ministre de culte. La femme du pasteur à uniforme et képi brodé de général est elle-même revêtue d'un costume à insignes militaires ainsi que les deux enfants, un petit garçon et une fillette, le petit garçon tenant fièrement le sabre paternel. Tout contre le groupe familial et bien en valeur au centre du tableau, des rails de chemin de fer et sur la droite l'esquisse inachevée d'une voiture automobile associent plus nettement que dans l'image précédemment étudiée les deux complexes de la religion militarisée et du progrès mécanique.

Comme fond du tableau, une vaste construction compliquée avec tourelles et clochetons prétentieux, et en retrait, à l'état d'ébauche au crayon, des constructions analogues étagées sur les pentes de mamelons abrupts du type des collines de Tananarive, traduisent des tendances à la mégalomanie architecturale sur lesquelles nous reviendrons au sujet de l'image suivante.

Dans la partie droite du tableau, des musiciens de fêtes foraines malgaches placés sur une estrade et sous les branches d'un arbre stylisé, réminiscence de sapin de christmas, ne paraissent pas avoir de signification nette, encore que la psychanalyse freudienne ne manquerait sans doute pas d'y voir symbolisé le refoulement de préférences inavouées pour les ébats traditionnels au son du tam-tam de chanteuses et danseuses offrant un spectacle sensiblement plus épicé que les pâles réjouissances du christmas anglican avec ses prêches austères et ses cantiques compassés.

Le spécimen de la figure 4 intitulé paysage apocalyptique





FIG. 3.

montre au premier plan un monument colossal rappelant un orgueilleux bourg féodal. Sur le toit de constructions modestes au tout premier plan est écrite la légende « Bâtiments, monu-





ments, échantillons », dans le but de donner l'échelle du monument type de cette nouvelle Jérusalem qui doit dépasser en splendeur toutes les tentatives architecturales connues de l'auteur. On retrouve là l'exagération chez Rasolomanana de l'idéal

architectural des hovas des hauts plateaux. Il n'est pas en effet parmi eux de personnage de quelque importance qui ne rêve de constructions ambitieuses avec tours et clochetons. En retrait et nettement dépassés par le monument du premier plan se voient le palais de la reine et le palais du premier ministre de Tananarive, fin du fin de la mégalomaniacque architecture hova. Au delà, un panorama bosselé et tourmenté de paysage imérinien s'étendant à l'infini jusqu'à la mer. Au-dessous du tableau, une légende porte l'indication : longueur, environ 2.400 km. Ce qui correspond à peu près à la plus grande dimension de l'île de Madagascar.

Le 5<sup>e</sup> spécimen retenu dans la production de Rasolomanana est une curieuse composition où l'on serait tenté de trouver quelque chose de baudelairien. Une femme nue, chaussée d'escarpins et de chaussettes, tient d'une main dans un geste hiératique un bouquet de fleurs et de feuillages stylisés et de l'autre un voile qu'elle vient de retirer en découvrant des organes sexuels complaisamment exposés. Dans l'abondante production de Rasolomanana, cette pièce est la seule où se fasse jour un complexe sexuel. L'auteur a d'ailleurs recouvert après coup la partie licencieuse du personnage d'une bande d'étoffe.

Cette analyse des œuvres de Rasolomanana ne tire pas son intérêt d'un point de vue uniquement psychiatrique. Le cas de ce schizophrène à tendances artistiques ne constitue pas une rareté clinique. Ce qu'il présente de particulier, c'est que la production de Rasolomanana, comme nous l'avons déjà signalé, n'est pas le résultat d'un automatisme spontané et sans effort. Depuis que nous avons mis à sa disposition un certain nombre de cartons, il ne manque pas de nous déclarer à chacune de nos visites que les compositions qu'il se croit obligé d'y exécuter lui imposent des efforts considérables d'où résulte pour lui une extrême fatigue.

D'un autre côté, le syndrome mental observé chez Rasolomanana, constitué principalement par une dissociation psychique avec conservation des facultés purement intellectuelles et troubles électifs du pragmatisme et de l'adaptabilité sociale, ne montre aucune activité délirante. Si Rasolomanana semble avoir présenté au début de son internement des tendances revendicatrices bien atténuées aujourd'hui, elles n'ont jamais abouti à l'édification d'un système délirant qui, en l'absence de tout affaiblissement démentiel, n'aurait pu chez lui que s'organiser et s'enrichir progressivement. Rasolomanana n'a pas davantage évolué vers le stade de la satisfaction avec idées de grandeur. Il s'ensuit que la dissociation schizophrénique de notre malade

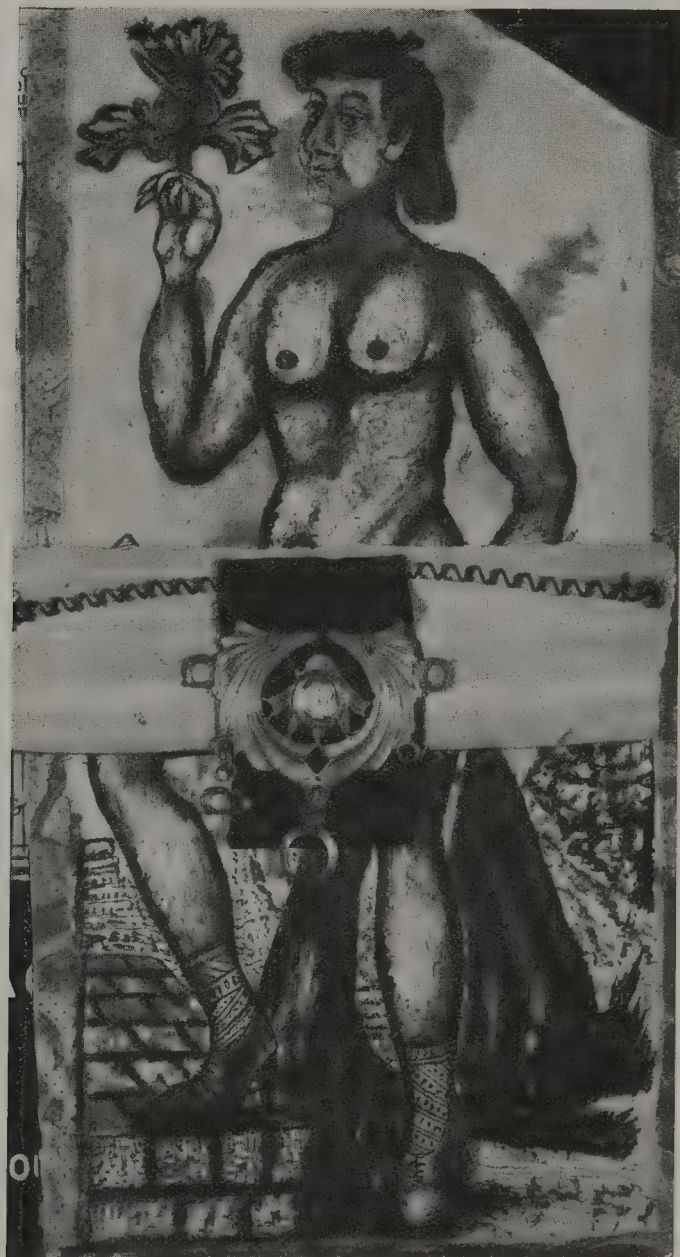


FIG. 5.



n'est à l'origine des productions plastiques exécutées par lui que dans la mesure où elle l'a rendu incapable d'une activité normalement productive et adaptée aux exigences professionnelles et sociales, lui donnant comme unique but gravement poursuivi de son existence ce qui n'aurait été chez un sujet normal que violon d'Ingres et délassement des moments de loisir. De ce fait, on ne retrouve guère dans ces productions l'influence d'une inspiration nettement morbide et l'intérêt de leur analyse est plutôt d'ordre psychologique que psychiatrique. Les complexes qui peuvent y être mis en évidence sont ceux qu'on trouverait plus ou moins latents dans le subconscient de la plupart des hovas de sa caste et de sa génération ayant été soumis dans l'enfance aux mêmes chocs moraux. S'il y a chez Rasolomanana une déviation vers l'obsession satanique des tendances mystiques assez inattendue chez un adepte du plus rigide protestantisme, on chercherait en vain chez lui la moindre ébauche de délire démonopathique.

D'un point de vue extra-médical, nous avons déjà relaté la très curieuse rencontre d'expression de ses représentations démoniaques avec celles des imagiers primitifs, les figures diaboliques de Rasolomanana rappelant très étrangement tels motifs d'enluminures du <sup>xiv</sup><sup>e</sup> ou <sup>xv</sup><sup>e</sup> siècle européens, documents qu'il n'a certainement jamais eus sous les yeux. Nous ne pensons pas qu'il y ait lieu d'insister outre mesure sur le complexe sexuel mis à jour dans le spécimen n° 5, cette figure licencieuse où apparaît le refoulement freudien restant à l'état d'exemplaire unique dans la production de Rasolomanana.

Les autres complexes des spécimens 2, 3 et 4, culte de la force militaire, haute importance de l'uniforme chamarré indispensable pour donner tout son prestige à un personnage de marque, fût-il le plus pacifique clergyman, admiration primaire des manifestations du progrès mécanique, engouement pour les constructions démesurées et d'un prétentieux mauvais goût, représentent les dominantes de la mentalité générale hova. Enfin, la mise à jour des tendances plus ou moins nettement exprimées par Rasolomanana dans la composition n° 2, opposition aux personnages symbolisant l'influence occidentale de figures de l'ancien royaume hova, et vague espérance messianique d'une restauration dans toute sa splendeur de l'ancien ordre de choses, tire tout son intérêt de la lumière qu'elle projette sur le tréfonds de l'âme hova et les aspirations profondes cachées sous un apparent loyalisme de nombre des descendants des anciens andrianas dépossédés de leurs privilèges de caste par la conquête française.

# VITAMINE C

## PRÉCARENCE ET NEUROPSYCHIATRIE

PAR

H. BERSOT (de Neuchâtel)

La vitamine C dite « antiscorbutique » est relativement instable. Elle est répandue dans le règne végétal. On la trouve dans les légumes verts (choux, salades), dans la rhubarbe et dans certains fruits (tomates, pommes, poires), les oranges et les citrons en contiennent une plus grande quantité (0,5 mgr. à 1 mgr. par 1 à 2 cc. de jus).

Le scorbut est une avitaminose connue depuis la plus haute antiquité. Déjà Hippocrate et Pline la décrivent. Une grande fantaisie a régi son traitement ; cependant, au xvi<sup>e</sup> siècle déjà, on a recommandé le jus de fruits comme un médicament efficace. Il appartenait aux recherches expérimentales de notre siècle de découvrir la raison de cette vertu curative. *Holst* et *Fröhlich* (1) montrent en 1912 que le cobaye sur régime carencé présente après quelques semaines des symptômes de scorbut expérimental curables par le jus de citron. Seize ans après, *Szent Györgyi* (2) montre que cet effet curatif est attribuable à un acide qu'il appelle « hexuronique ». Cinq ans plus tard, *Reichstein* (de Zurich) (3) synthétise cette vitamine et dissipe le mystère de sa constitution chimique. Dès lors la vitamine C ou *acide l-ascorbique* est lancée par l'industrie pharmaceutique sur le marché et fait carrière avec une rapidité remarquable.

La découverte de la vitamine C synthétique donne un essor puissant à toutes les recherches expérimentales et cliniques. Les

(1) HOLST (A.). et FRÖHLICH (T.). — *Zeitsch. f. Hyg. und Infektionsk.*, 72, 1, 1912.

(2) V. SZENT GYÖRGY (A.). — *Biochem. Journal*, 1928, vol. 22, p. 1387 et 1934, p. 588 ; — *Deutsche med. Wochenschr.*, 1934, n° 15, p. 556.

(3) REICHSTEIN, GRÜSSNER et OPPENAUER. — *Helv. Chim. Acta*, 1933, vol. 16, p. 561 et 1019 et 1934, vol. 17, p. 311 et 510 ; — *Nature*, 1933, vol. 131, p. 280.



symptômes du scorbut sont étudiés, disséqués, analysés d'une manière approfondie. On se rend compte que cette avitaminose provoque des symptômes pathologiques étendus aux divers systèmes de l'organisme et qu'un simple appauvrissement en vitamine C donne naissance à des signes cliniques déterminés.

A la période d'état, le scorbut expérimental se manifeste chez le cobaye, ainsi que le décrit *Demole* (1) :

« ...par des tuméfactions des régions juxta-articulaires et des hémorragies sous-cutanées. Les cobayes, gênés dans leurs mouvements sautillent au lieu de courir. Quand les tuméfactions sont considérables, ils restent couchés sur le ventre ou sur le flanc et prennent des « positions antalgiques ». Lorsqu'ils progressent, c'est en reposant sur le tarse, métatarse, carpe, métacarpe entiers, en glissant sur le ventre, en s'appuyant sur le menton. Ils sont alors indifférents et stupides. L'appétit fait défaut. Les animaux mâchonnent le foin sans le déglutir, l'estomac est toujours vide ou presque. Les troubles sphinctériens apparaissent, il y a incontinence vésicale et intestinale. Dans le scorbut grave, les membres postérieurs paraissent parfois paralysés, mais les nerfs restent toujours excitables. La cause de cette paralysie ou paraplégie réside dans une ankylose articulaire uni ou bilatérale. »

Mais avant d'en arriver à ce stade avancé, les animaux présentent des symptômes de précaréence. Leur comportement change :

« ...Ils deviennent moins agiles, moins attentifs, parfois immobiles, ils ne jouent ni ne se pourchassent. Bientôt sensibles et craintifs, ils sifflent plaintivement quand on essaie de les saisir. Placés sur une table, ils ne fuient plus « en flèche » comme font les cobayes normaux, mais demeurent sur place, incapables de prendre une décision. Il faut les bousculer pour provoquer le départ... »

Des lésions anatomiques dentaires surviennent, au quatrième jour de l'expérience, déjà bien avant l'apparition des premiers symptômes (*Höjer-Westin*) (2).

Chez l'homme, le défaut de vitamine C provoque un affaiblissement progressif, des douleurs dans les articulations, de la sécheresse de la peau, une baisse du tonus nerveux et psychique. Les gencives deviennent délicates, saignantes, elles s'ulcèrent.

(1) DEMOLE. — « Les symptômes nerveux dans les avitaminoses expérimentales ». *Revue médicale de la Suisse romande*, février 1936.

(2) HÖJER (A.) et WESTIN (G.). — *Vjschr. Zahnheilk.*, 1924 ; — *Dent. Cosmos*, 1925, 1.

Des hémorragies sous-muqueuses se produisent dans la bouche, les dents se déchaussent, le squelette se décalcifie, les travées osseuses se raréfient ; des ecchymoses, des infiltrations sanguines, des hémorragies apparaissent, puis des œdèmes, de la dyspnée ; une diarrhée persistante succède à la constipation du début, les selles contiennent du sang. La température s'abaisse progressivement, la prostration devient toujours plus forte et se termine par la mort. Chez les nouveau-nés, le défaut de vitamine C provoque la maladie de *Moeller-Barlow*, caractérisée par des douleurs osseuses, des hémorragies sous-périostées, un affaiblissement et un amaigrissement progressifs.

Les symptômes de précarence ont été soigneusement étudiés. On a remarqué que l'organisme était appauvri en vitamine C dans de nombreux cas : affections dentaires et des gencives, hémorragies diathésiques, troubles de la circulation capillaire. Mais en étendant le champ des recherches, on s'est aperçu que l'hypovitaminose C se manifestait aussi dans certains cas par des métrorragies, de la chlorose, des dystrophies, divers troubles digestifs. On remarque que de nombreux états de somnolence, de fatigue, d'insuffisance ou de troubles surrénaux, sont provoqués par un défaut de vitamine C. Les maladies infectieuses provoquent l'hypovitaminose C. En administrant la vitamine C, on active la consolidation des fractures.

On voit donc que cette vitamine est un élément extrêmement précieux pour l'organisme dans son ensemble ; elle stimule les fonctions vitales indispensables à la santé.

Ces symptômes, troubles digestifs, circulatoires, glandulaires, fatigue, somnolence, abattement, ne les rencontrons-nous pas chaque jour au cours de notre pratique neuro-psychiatrique ? Ne sont-ils pas assimilables, pour une part du moins, au déficit en vitamine C de l'organisme ?

Déjà *Brauer* signale que l'on peut attribuer à un appauvrissement en vitamine C la fatigue que l'on constate souvent au printemps et qui se manifeste par de la dépression, du dégoût du travail, un manque d'appétit, parfois même des douleurs vagues dans les articulations, les membres, etc. Chacun connaît la rapide fatigabilité des personnes qui, au premier printemps, sortent pour une promenade et éprouvent le besoin de se reposer déjà après un court trajet. Cette fatigue printanière est surtout fréquente chez les jeunes gens. *Demole* (1) au récent Congrès

(1) DEMOLE. — La fatigue printanière et son traitement. *Congrès suisse de psychiatrie et de neurologie*, Fribourg, nov. 1935. (*Arch. Suisses de Neurol. et Psych.*, 1936).

suisse de Neuro-Psychiatrie à Fribourg, en a signalé des exemples très caractéristiques. Les élèves sont moins attentifs, plus bruyants, indisciplinés. Les progrès scolaires sont médiocres, les conflits avec les maîtres sont fréquents. Dans le milieu familial, le comportement de l'enfant ou des jeunes gens est parfois pénible au printemps et donne fréquemment lieu à des incidents regrettables. Demole cite le cas d'un enfant qui était devenu tellement indiscipliné qu'il ne pouvait plus accomplir son travail scolaire par suite de manque d'attention, d'instabilité, de fatigue et qui, grâce à la vitamine C, recouvra rapidement une entière capacité de travail.

Nos essais cliniques nous ont montré que la vitamine C est susceptible d'apporter un soulagement remarquable chez de nombreux patients qui se plaignent de fatigue, abattement, manque de courage et d'entrain, inappétence, maux de tête et qui réagissent avec impatience et nerveusement aux moindres contrariétés. Leur vitalité est abaissée, leur capacité de travail diminuée ; l'individu est moins résistant devant les difficultés, perd sa puissance d'initiative, sa maîtrise, sa discipline.

A part la fatigue printanière qui est maintenant un syndrome bien défini, nous avons parfois à faire à des malades qui se plaignent de troubles digestifs. Ils ont été traités par divers médicaments alcalins ou acides et toutes sortes de régimes, mais sans succès. Ils présentent de l'hypoacidité. On sait maintenant que cette hypoacidité est souvent un signe de précarence en vitamine C (Menshikow) (1). Ces malades, auprès desquels tous les traitements ont échoué, finissent par être qualifiés de « névrosés ». En réalité, cette prétendue « névrose gastrique » n'est souvent qu'une hypovitaminose C. Du reste, ne sait-on pas que l'ulcère peptique est favorisé par l'hypovitaminose C ? Cet ulcère est plus fréquent au printemps qu'en automne (Hutter (2), Davidson (3), Barling (4), Seyderhelm (5)). Parmi les troubles digestifs qualifiés de « nerveux », signalons aussi certaines formes de colite qui relèvent d'un état préscorbutique et sont heureusement influencés par l'administration de vitamine C (Hetenyi (6)).

Mentionnons encore, parmi les troubles susceptibles d'être provoqués par une hypovitaminose C, les états d'affaiblissement

(1) MENSHIKOW. — *Problems nutrit.* (russe), 1934, 66.

(2) HUTTER (K.). — *Arch. klin. Chir.*, vol. 151, p. 651 (1928).

(3) DAVIDSON (P. B.). — *Journ. amer. med. Ass.*, 1928, vol. I, p. 1014.

(4) BARLING (R.). — *Brit. Med. Journ.*, 1935, vol. I, p. 359.

(5) SEYDERHELM (R.). — *Münch. med. Wschrft*, 1935, vol. II, 1509.

(6) HETENYI (G.). — *Klin. Wschrft*, 1935, p. 1470.

général, avec appauvrissement calcique, carie dentaire, anémie, tendance aux saignements de nez, aux céphalées. Bien souvent, les malades qui en sont atteints, après avoir tenté d'innombrables traitements, sont qualifiés de « névrosés » et envoyés chez les neuro-psychiatres. Méconnaître l'origine de leur psychopathie est une faute, pardonnable autrefois, mais plus aujourd'hui.

Parfois les enfants et même les bébés sont qualifiés de « nerveux », alors que leurs cris, leur agitation, leur amaigrissement sont simplement dus à un régime hypovitaminé. Chez les nourrissons dystrophiques, la vitamine C exerce une action eupeptique et eutrophique remarquable, ainsi que l'ont signalé *Mouriquand* (1) et *Ribadeau-Dumas* (2).

En constatant que la vitamine C était susceptible de jouer un rôle important dans le traitement des névroses, nous nous sommes demandé si elle pouvait également être utile chez les grands nerveux mentaux et insuffisants glandulaires. Dans nos asiles ne sont-ils pas nombreux les malades qui présentent des troubles de précarence alliés à des dystrophies plus ou moins graves, de la décalcification, de l'inappétence, de la cyanose, des œdèmes, des hémorragies sous-cutanées ou sous-conjonctivales, un état subfébrile chronique ?

On a signalé autrefois des épidémies de scorbut redoutables dans les asiles d'aliénés. Le Dr *Routier*, médecin-directeur de l'Asile d'aliénés d'Aix, décrit en 1852, dans un important rapport statistique et médical, adressé à M. le Préfet des Bouches-du-Rhône (3), plusieurs cas de scorbut mortel. *Routier* relate en détail l'évolution de cette maladie qui apparaît surtout à la fin de l'hiver, pendant les mois de mars, avril et mai, et atteint indifféremment malades et employés. Après avoir tenté les thérapeutiques les plus diverses et même l'isolement rigoureux des malades, comme s'il s'agissait d'une maladie contagieuse, R. remarqua que certains malades, qui mâchonnaient des citrons, donnaient des signes de guérison. C'est ainsi que, fortuitement, il refit la découverte capitale, réalisée peu de temps auparavant par les Anglais, de la guérison du scorbut par le jus de citron. En 1855, il y avait encore eu 57 cas de scorbut à l'Asile d'Aix. Dès que la thérapeutique fut connue, cette épidémie disparut complètement. Evidemment, la cause de cette épidémie résidait dans une alimentation trop pauvre en vitamine C.

(1) MOURIQUAND (G.). — *Presse Médicale*, 1931, p. 1374 ; — *Zeitschrift. Vitaminforsch.*, 1932, page 38.

(2) RIBADEAU-DUMAS (L.). — *Presse médicale*, 1931, p. 161.

(3) ROUTIER. — *Ann. Médico-psychologiques*, 1856, p. 476.

Les malades mentaux s'alimentent souvent mal et capricieusement. Ils n'acceptent parfois que des aliments liquides ou pâteux, refusent les fruits, les légumes, quelquefois même ils doivent être alimentés artificiellement. Lorsqu'on calcule leur ration, on veille à ce qu'ils reçoivent des calories en suffisance : cacao, sucre, œufs, bouillies farineuses, beurre, sont mis à contribution. Mais on oublie malheureusement souvent de penser aux vitamines cependant indispensables si l'on veut éviter l'apparition préjudiciable des avitaminoses, frustes ou avérées.

Comment les malades mentaux se comportent-ils à l'égard de l'acide ascorbique ? Comment éliminent-ils la vitamine C ? Quelle influence la vitamine C exerce-t-elle sur leur organisme et en particulier sur leur état nerveux et mental ?

Pour répondre à ces questions, nous avons procédé tant chez des sujets normaux que chez des malades à l'épreuve de *Harris et Ray* qui consiste dans l'administration par la voie orale de 100 à 200 mgr. d'acide ascorbique et dans la titration de l'acide éliminé dans les urines (1).

Le sujet normal, saturé d'acide ascorbique, élimine dans les 24 heures une forte proportion de la vitamine C administrée. Le sujet atteint de scorbut ou de pré-scorbut retient au contraire la vitamine administrée, aussi le taux de l'acide ascorbique dans ses urines reste-t-il en-dessous de la normale. Il faut renouveler l'administration pendant plusieurs jours, plusieurs semaines même pour arriver chez le sujet pré-scorbutique à l'état normal de saturation. En conséquence, le procédé de *Harris et Ray* permet de dépister la précarance même au moment où les signes cliniques de l'avitaminose sont encore indistincts et confus. La titration dans les urines a lieu au moyen du Dichlorphénol-indophénol (*Tillmans*).

Après avoir procédé à de nombreux dosages chez les personnes normales, nous avons étendu nos recherches aux déments précoces, aux catatoniques, paranoïdes, aux déments séniles, et à plusieurs séries d'enfants normaux et anormaux. Nous avons exposé les premiers résultats de ces recherches devant les Sociétés suisses de Neurologie et de Psychiatrie en novembre 1935 à Fribourg (2).

Il importait d'abord de savoir comment s'élimine normalement la vitamine C. Dans ce but, nous avons dosé l'acide ascorbique plusieurs fois dans les 24 heures chez quelques personnes en bon

(1) HARRIS (L.-J.) et RAY (S.-N.). — *Lancet*, 1935, vol. I, p. 71.

(2) BERSOT. — « Recherches sur l'élimination de la Vitamine C chez les malades mentaux », *Revue Neurologique*, 1936.



état de santé. Ce dosage doit être fait rapidement après l'émission d'urine. En moyenne, l'individu normal élimine 2 à 6 mgr. d'acide ascorbique pour 100 cc. d'urine soit au total, 10 à 50 mgr. dans les 24 heures. Cette élimination est inégale, sujette à des variations considérables, elles augmentent surtout après les repas. Chez les individus normaux, l'administration de vitamine C augmente manifestement l'élimination de l'acide ascorbique par les urines. Après administration de vitamine C (200 mgr.) on recueille généralement 160 à 170 mgr. d'acide ascorbique dans la totalité des urines des 24 heures. Dans les jours suivants, la concentration d'acide ascorbique s'abaisse rapidement et revient au taux normal.

Voici par exemple la courbe que nous avons pu dresser en mesurant la totalité de vitamine C éliminée dans les 24 heures par un individu normal (Tableau 1). Pendant les huit premiers jours, sans administration de Vitamine, l'individu élimine de 15 à 25 mgr. d'acide ascorbique par 24 heures. Les 3, 4 et 5 septembre, on lui fait chaque soir une injection de 100 mgr. d'acide ascorbique. Immédiatement son élimination augmente fortement, elle retombe dès qu'on cesse les piqûres et déjà le jour suivant l'élimination n'est plus que de 25 mgr. On administre ensuite la Vitamine C sous forme de comprimés, *per os*. L'élimination augmente de nouveau très fortement pour retomber aux environs de la normale dès qu'on cesse d'en faire absorber. Une dose double, donnée du 14 au 16 septembre, provoque une élimination qui atteint certains jours jusqu'à 160 mgr. d'acide ascorbique en 24 heures. Il faut ensuite 3 jours à l'individu pour que son élimination d'acide ascorbique retombe à son taux normal. Dès le 20 septembre, on fait prendre à l'individu 200 mgr. d'acide ascorbique en 24 heures, pendant un temps prolongé, après lequel l'individu met 4 jours pour revenir à une élimination normale. Nouvelle ascension très forte de la courbe lorsqu'on fait prendre à l'individu 4 comprimés matin et soir, soit la dose de 400 mgr. de Vitamine C en 24 heures.

Que constatons-nous chez nos malades ? Chez les catatoniques, comme aussi dans les cas d'artério-sclérose cérébrale ou de troubles préséniles, nous avons été frappé de voir qu'habituellement l'élimination de la vitamine C est extrêmement faible. Il faut administrer quotidiennement, pendant plusieurs semaines, 100 à 200 mgr. de vitamine C par jour pour élever enfin le taux de leur urine en acide ascorbique.

Voici par exemple la courbe d'élimination de l'acide ascorbique obtenue dans un cas de catatonie (Tabl. 2). Nous voyons que pendant les dix derniers jours du mois de novembre, malgré que le malade

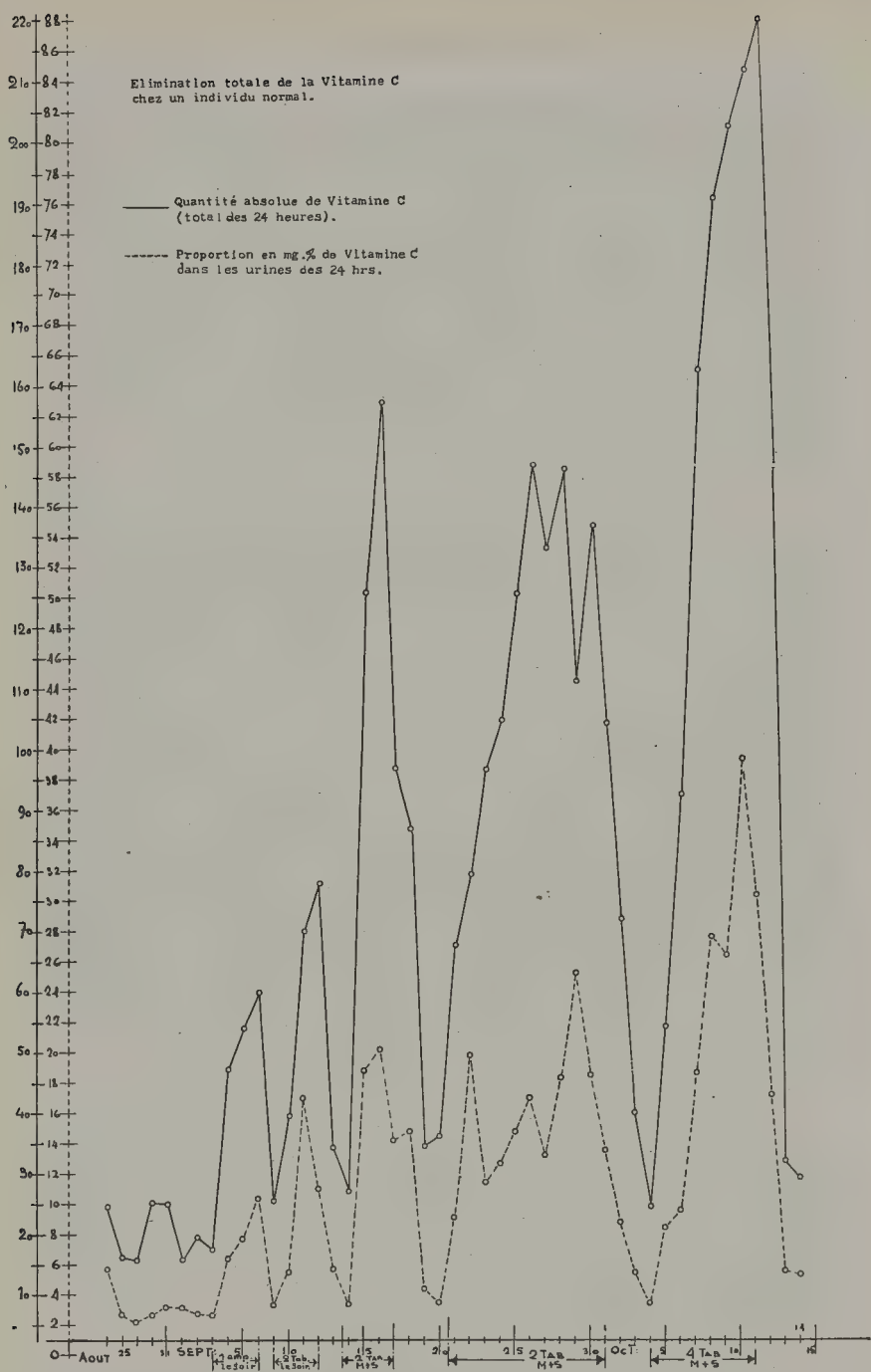


TABLEAU 1. — Total de la Vitamine C éliminée chaque jour par un individu normal : chaque absorption de Vitamine C provoque une augmentation de la quantité éliminée.

reçoive 100 mgr. d'acide ascorbique tous les soirs, son élimination ne s'est guère modifiée. Il n'a commencé à réagir qu'en recevant une dose double, soit 200 mgr. par 24 heures. A partir du 9 décembre, son élimination augmente plus fortement, tout en subissant des fluctuations accentuées. Dès qu'on supprime la Vitamine C, soit le 23 décembre au soir, l'élimination d'acide ascorbique va en diminuant forte-

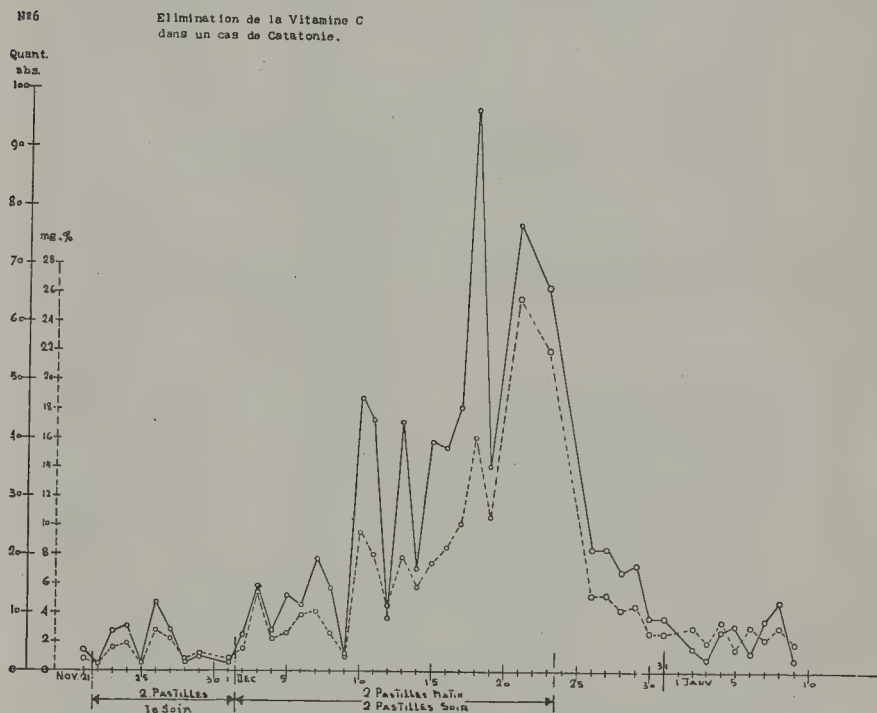


TABLEAU 2. — Elimination de la Vitamine C chez un catatonique : l'élimination est fortement retardée et elle n'atteint son maximum qu'après l'absorption de Vitamine C pendant une vingtaine de jours.

ment, mais il faut huit jours environ pour qu'elle retombe à son taux d'avant l'expérimentation.

Même constatation dans la courbe suivante (Tabl. 3) qui représente l'élimination de la vitamine C dans un cas de mélancolie présénile : aucune réaction pendant que l'individu ne reçoit que deux comprimés de Vitamine (100 mgr. le soir). Lorsqu'on double cette dose, l'individu commence à réagir, mais au bout d'une quinzaine de jours seulement.

Cette lenteur dans la réaction est la démonstration évidente que ces malades retiennent dans leurs tissus toute la vitamine C ;

elle est la preuve qu'ils sont *en état de précaréance*. Chez les catatoniques et les artérioscléreux, il faut donc donner de fortes doses d'acide l-ascorbique pour obtenir une courbe d'élimination

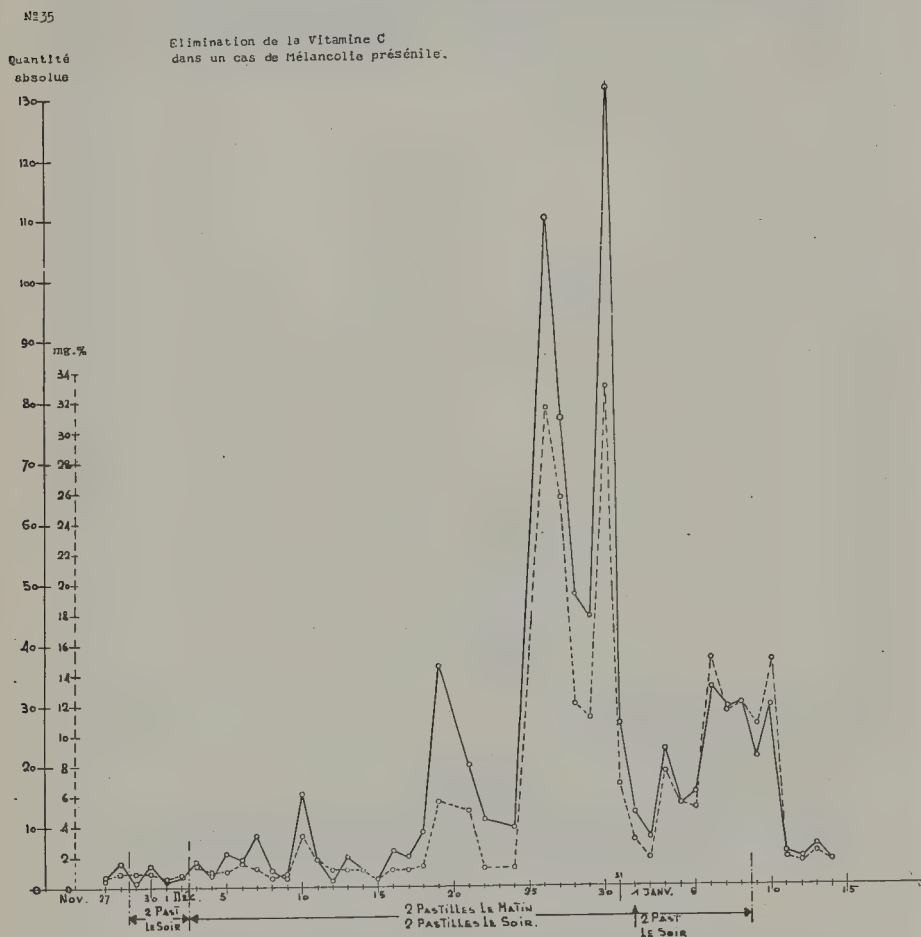


TABLEAU 3. — Elimination de la Vitamine C dans un cas de mélancolie présénile : l'élimination est fortement retardée, elle n'atteint son maximum qu'après l'administration de Vitamine C pendant environ un mois.

qui atteint la normale, et lorsqu'on cesse d'administrer la vitamine, l'élimination ne retombe à son taux initial qu'en 5, 6 ou même 10 jours, tandis que, chez l'individu normal, 2 ou 3 jours suffisent.

A n'en pas douter, les malades sont donc appauvris en vita-

mine C : leur organisme absorbe et retient avec avidité cette vitamine. Il en faut une administration prolongée pour arriver à la saturation et à l'élimination. Peut-être aussi l'organisme de ces malades fabrique-t-il un excès de produits oxydants ou réducteurs qui détruisent dans les tissus l'acide l-ascorbique ? C'est là une hypothèse digne de retenir notre attention.

On sait que la vitamine C est un élément fragile et qui peut se détruire dans un milieu dont l'équilibre humoral est troublé ; Demole et Ippen (1) l'ont bien montré sur le cobaye intoxiqué par la thyroxine. Notons encore ici le fait intéressant que la teneur de l'organisme en acide l-ascorbique est beaucoup plus forte chez les enfants que chez l'adulte, elle va diminuant avec l'âge (Ippen (2), Plaut (3), Bulow (4), Euler (5), etc.). Les organes du nouveau-né sont plus riches en vitamine C que les organes du vieillard. Nos malades mentaux, les catatoniques en particulier, ressemblent aux vieillards en ce qui concerne leur comportement à l'égard de la vitamine C.

Relevons aussi que l'étude du pH a révélé qu'à mesure que l'âge avance, la charge ionique électropositive augmente d'une façon constante ; les milieux organiques accusent une tendance toujours plus accentuée vers l'alcalose, d'où réduction du dynamisme vital dont l'énergie acide est le principal stimulant. Il est possible que cette augmentation de l'alcalose aille de pair avec la diminution de la teneur de l'organisme en vitamine C.

Nombreux sont les travaux qui ont établi que pendant les maladies infectieuses (tuberculose, pneumonie, fièvre typhoïde) et dans les troubles de la nutrition, le taux de l'acide ascorbique diminue fortement dans les urines, le sang et le liquide céphalo-rachidien (Plaut-Bulow (6), Schroeder (7), Gabbe (8)). L'absence de vitamine C crée un terrain favorable au développement des maladies infectieuses. Inversement, l'administration de vitamine C augmente la résistance de l'organisme (Lauber (9), Mengert, Sechel (10)). Les enfants qui ont souffert d'un état infectieux prolongé reprennent des forces et entrent plus rapidement en

(1) DEMOLE et IPPEN. — *Ztschrift für Physiol. Chemie*, vol. 235, p. 226.

(2) F. IPPEN. — *Schw. Med. Wochenschrift*, 1935, p. 431.

(3) PLAUT. — *Z. ges. Neurol. Psychiatr.*, 1935, vol. 152, p. 324.

(4) BULOW (M.). — *Kl. Wochenschr.*, 13 Jahrg., n° 49, p. 1744.

(5) V. EULER (H.). — *Ztsch. f. Physiolog. Chemie*, vol. 235, p. 97.

(6) PLAUT et BULOW. — *Klin. Wochschr.*, 1935, p. 276.

(7) SCHROEDER (H.). — *Klin. Wochschr.*, 1935, p. 484.

(8) GABBE (E.). — *Klin. Wochschr.*, 1934, p. 1389.

(9) LAUBER (H.-J.). — *Bruns. Beitr.*, vol. 158, p. 633 (1933).

(10) SECHEL. — Voir Ribadeau-Dumas, « *Presse Médicale* », 1931, p. 161.



convalescence lorsqu'on leur fait prendre du jus d'orange, du jus de citron ou toute autre forme de vitamine C. Ribadeau-Dumas (1) a établi que la vitamine C augmente la résistance de l'organisme et empêche la dénutrition. Cette augmentation de résistance serait due pour une part à l'influence vivifiante de la vitamine C sur les glandes à sécrétions internes. On sait combien ces sécrétions sont gravement compromises par l'effet des toxines bactériennes. La sécrétion surrénale, les fonctions ovariennes sont altérées au cours de la diphtérie [Cardoso (2), Demole (3)]. Le scorbut exerce une action délétère sur le système polyglandulaire.

Or, certains syndromes mentaux du genre de la catatonie pourraient bien être provoqués par une intoxication. On se souvient des travaux de Vincent et de Baruk sur le rôle des toxines colibacillaires, tuberculeuses, etc., dans la production des troubles mentaux. Pourquoi la vitamine C n'exercerait-elle pas dans ce domaine une action antitoxique et revitalisante ? On sait déjà qu'elle inactive *in vitro* la toxine diphtérique (Harde) et le virus de la polyomyélite (Jungeblut) (4).

*En conclusion* : le résultat de nos recherches est intéressant au point de vue clinique d'abord, parce que nous avons pu observer l'effet avantageux qu'exerce le traitement par la vitamine C sur certains névropathes et petits mentaux, au point de vue physio-pathologique ensuite, en montrant que nombreux sont les malades catatoniques, artérioscléreux et séniles qui sont atteint d'hypovitaminose C, état pathologique éminemment défavorable à la guérison.

(1) RIBADEAU-DUMAS. — *Op. cit.*

(2) CARDOSO (D. M. C.). — *T. Soc. Biol.*, 1935, vol. 119, p. 749.

(3) DEMOLE (V.). — A remarquablement résumé l'action de la Vit. C. dans sa publication : *Les indications thérapeutiques de la Vitamine C* (Praxis, 12 décembre 1935).

(4) JUNGEBLUT (H.). — *Journ. expl. med.*, 1935, vol. 62, p. 517.

---

# SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

---

*Séance du Jeudi 13 Février 1936*

---

**Présidence : M. VURPAS, président**

---

## PRÉSENTATIONS

**Une marâtre Parkinsonienne,**  
par MM. Paul COURBON et Ch. FEUILLET.

La mode est aux enfants martyrs, peut-on dire, en voyant la rubrique quotidienne des journaux, et les colonnes qu'ils consacrent à la description des méfaits de pères et mères inhumains. Comme contribution à l'étude psychologique de ces parents dénaturés, nous présentons une femme dont la brutalité à l'égard de ses enfants a pour condition une encéphalite parkinsonienne.

L'intérêt du cas ne réside pas dans ce fait même, car il est classique de voir après une encéphalite la conduite d'un sujet violer les règles de la morale qu'il suivait auparavant. L'intérêt réside dans la révélation que l'on y trouve du mécanisme essentiel des troubles du caractère postencéphalitiques : cette mère brutale n'a rien de la marâtre cruelle. C'est une impulsive mais non une perverse.

Il s'agit d'une femme de 33 ans appartenant à une famille fruste comme elle-même. Son père est toucheur de bestiaux ; avant son

mariage, elle était bergère. Son mari est manœuvre. Ils ont trois enfants de 11 ans, 5 ans et 27 mois.

Elle prétend n'être pas malade, ne l'avoir jamais été, considérant qu'un séjour de plusieurs mois à la maison maternelle de St-Maurice, au moment de la naissance du dernier enfant, est suffisamment expliqué par les difficultés de l'accouchement. Son mari et son père partagent la même conviction. Tous les trois considèrent que son internement est une punition injuste due à l'accusation mensongère de mauvais traitements envers ses enfants.

Ils avouent qu'elle a une « paralysie de la langue » survenue sans cause et qui peu à peu rendit sa parole incompréhensible. Elle alla, voici environ deux ans, pour s'en faire guérir, à l'hôpital Tenon où sans jamais l'hospitaliser et sans succès on lui fit à diverses reprises des piqûres tri-hebdomadaires. Voilà tout ce qu'on obtient comme renseignements de ces gens peu intelligents et peu curieux.

Quant à l'internement il eut lieu dans les circonstances suivantes. La fille de 11 ans souffrant du ventre, on appela un médecin qui conseilla l'hospitalisation à Bretonneau pour appendicite. Son aspect cachectique, la sordidité de ses vêtements émurent les infirmières qui s'indignèrent, l'interrogèrent sur ses parents, et finalement lui firent écrire au directeur du Sauvetage de l'enfance une lettre où elle se plaignait d'avoir reçu des coups de pieds dans le ventre, lancés par sa mère.

L'enquête aboutit à un non-lieu. Les voisins déclarèrent que ce ménage était peu recommandable ; que le père était avare ; que la mère était une chapardeuse condamnée à 15 jours de prison avec sursis pour vol d'un lapin ; qu'elle était à moitié folle, incapable de se faire comprendre ; que si sa maison était mal tenue, elle n'était pas une mauvaise mère. Elle avait parfois la main leste avec ses enfants qui étaient mal tenus, mais elle les soignait de son mieux. Aucun d'eux ne s'était plaint. D'ailleurs, aucune cicatrice, aucune ecchymose n'avaient été relevées à l'hôpital sur le corps de la plaignante.

L'inculpée, après examen médical, fut envoyée à l'asile. Elle arriva à Vaucluse le 20 août dernier. Et sa conduite permet de conclure à l'absence de toute perversité.

Mentalement, elle est d'un niveau peu élevé. Mais on ne constate ni idée délirante, ni trouble psychosensoriel. Ses souvenirs sont ceux d'un être fruste, vivant au milieu de gens sans culture et ne disposant pas de cadres sociaux bien nombreux. Sa pensée est lente, difficilement exprimée par un bredouillement peu compréhensible.

Au parloir, où son mari et son père viennent régulièrement, elle se montre affectueuse comme eux. Souvent, elle pleure, réclamant sa sortie et ses enfants. Elle est très bonne camarade, avenante et bon cœur. Elle partage toujours ses provisions avec les autres, secourt celles qui sont dans l'embarras, console les tristes, joue volontiers aux cartes.

Mais elle est d'une impatience qui, d'une part, contraste avec la lenteur de ses mouvements, et qui, d'autre part, ne s'accompagne d'aucune rancune. Quand on lui fait un pansement, elle harcèle les infirmières, voulant qu'elles aient fini avant d'avoir commencé: « Vite, vite », bredouille-t-elle, menaçant de ne pas garder la position nécessaire. Laisée à jeûn le jour de sa ponction lombaire et affamée, le lendemain, quand on lui apporte à manger, elle frappait rageusement sur son assiette et s'épuisant en appels précipités pour être servie plus vite. Si, dans de pareilles circonstances, on la fait attendre, elle trépigne et entre en fureur. « Elle ne peut pas attendre », disent les infirmières, « mais c'est une brave femme ». En effet, toutes ses fureurs tombent dès qu'on lui a obéi et elle manifeste alors une douceur reconnaissante à l'entourage.

Interrogée sur sa conduite envers sa fille, elle reconnaît avoir été trop vive, avoir répondu par des gifles à ses désobéissances. Mais elle affirme l'aimer beaucoup.

Physiquement, elle présente un tableau typique de parkinsonisme: attitude soudée, faciès figé, rigidité musculaire, exagération des réflexes de posture, disparition des syncinésies normales et bradycinésie.

Les troubles de la parole sont très marqués, la voix est basse, la parole monotone, précipitée et bredouillée, difficilement compréhensible; les réponses sont brèves et les phrases extrêmement courtes. A ce syndrome s'ajoute encore un tremblement généralisé, mais prédominant sous forme de secousses rythmiques à la langue et aux muscles péri-buccaux, des troubles oculaires consistant en paralysie de la convergence et inégalité pupillaire, mais avec réactions normales.

Par ailleurs les réflexes tendineux sont normaux, le reste de l'examen neurologique est négatif. Il faut signaler cependant la déformation du pied qui prend au repos une attitude en pied creux avec griffe des orteils, cette attitude ne correspond pas à une lésion organique et se corrige immédiatement dans la station debout ou par la pression sur l'avant-pied.

Rien d'anormal dans le liquide céphalo-rachidien. Bordet-Wassermann sanguin négatif.

Tel est le tableau clinique présenté par la malade.

Cette observation présente quatre ordres de considérations intéressantes: la sémiologie du syndrome, son étiologie, le mécanisme des actes qui ont fourni prétexte à l'inculpation, l'interpsychologie de la malade et du public.

1° Au point de vue sémiologique, le cas est simple. Il s'agit d'un syndrome parkinsonien physique et mental.

Physiquement tous les signes se retrouvent. Contentons-nous de signaler l'existence d'une déformation des pieds qui réalise le

pied bot parkinsonien décrit par Déjerine et considéré par lui comme bien rare : exagération du creux plantaire, hyper-extension de la première phalange des orteils, hyperflexion des deux autres. Cette attitude extrêmement nette quand la malade est couchée ou assise, disparaît quand elle est debout ; c'est que la rigidité musculaire est due à de l'hypertonie et non à de la rétraction.

Psychiquement, le syndrome consiste essentiellement en une bradypsychie sans trouble de la mémoire ni du jugement, sans idée délirante, sans phénomène psychosensoriel et sans trouble de l'affectivité.

L'acuité du sens moral est difficile à apprécier, étant donné le peu de renseignements sur sa conduite en liberté, son manque d'instruction, le milieu peu éduqué où elle vivait sur la zone des fortifications. L'histoire des larcins est peu claire. Mais ce qui est certain, c'est que son comportement altruiste et compatissant à l'asile, le souci de son mari, de ses enfants et de son retour auprès d'eux, les déclarations même de son entourage au dehors prouvent qu'elle est affectueuse et bonne.

Les anomalies les plus saillantes sont une intensité et une vivacité extrême des réponses aux excitations. Elles réalisent un état d'impatience qui se traduit en gestes impulsifs et exigences impérieuses (promptitude des gifles en cas de contradiction, répétition de plus en plus rapide des demandes et trépignements si elles tardent à être satisfaites).

En un mot, cette femme présente la sémiologie physique et mentale des lésions des noyaux gris centraux.

2° Au point de vue étiologique, la nature de ces lésions est moins évidente.

Cette femme de 32 ans n'est pas à l'âge du parkinsonisme sénile. On ne note d'ailleurs aucun signe d'artériosclérose.

C'est donc à un processus infectieux que l'on doit songer. Mais on ne note dans son passé aucun épisode aigu. Jamais elle n'a constaté avoir de la fièvre, de la somnolence ou de la diplopie. Jamais elle ne s'est alitée. Jamais elle n'a interrompu ses fonctions de femme d'ouvrier. L'unique trouble remarqué par l'entourage est l'embarras de la parole. C'est pour lui que sa famille l'envoya consulter à l'hôpital où on ne l'hospitalisa pas, mais où on la traita par des piqûres.

Ces arguments sont insuffisants à faire rejeter la nature infectieuse du syndrome. Ils prouvent simplement que l'encéphalite ne fut pas à forme léthargique et que sa marche fut torpide. De plus, l'état mental fruste de cette ancienne bergère, élevée à la



de dure par un père toucheur de bestiaux, explique l'insuffisance de son analyse des troubles subis.

3° Un troisième point à considérer est celui des actes qui conditionnent l'inculpation suivie d'internement, inculpation de mauvais traitements à enfants.

Ces actes, tels que l'enquête les a révélés, ont le même déterminisme que les actes d'impatience constatables journellement à l'asile. Ce sont des actes involontaires et sans méchanceté. Ce sont des impulsions irréfléchies et regrettées. Ils ne sont que l'expression de la défaillance du pouvoir frénateur qui caractérise les lésions des noyaux gris centraux.

4° Au point de vue de l'interpsychologie, science chère au professeur Dupré, cette observation est une preuve de la méconnaissance du psychopathe par les gens normaux.

En effet il s'agit d'une femme sans malignité qui a donné l'illusion d'être une marâtre à la suite d'un concours de circonstances biologiques et sociologiques.

Biologiquement l'atteinte parkinsonienne a fait perdre à la malade la patience nécessaire à tout éducateur. Et sociologiquement la hantise des bourreaux d'enfants qui règne momentanément dans l'esprit public a transformé les gestes d'impatience en actes de torture.

**Note sur un appareil pour la mesure de l'amplitude des réflexes rotuliens,** par MM. le Dr Th. SIMON, Louis ANGLADE et M<sup>lle</sup> P. PETIT.

Nous présentons cet appareil parce qu'il est si simple que s'en servir ne complique pas l'examen clinique.

*Description et technique.* — L'appareil, qui peut être construit sans difficultés dans n'importe quel atelier d'asile, se compose d'une planche verticale avec pied sur laquelle est placé une sorte d'étrier susceptible de se mouvoir le long d'un cadran gradué. La branche verticale mesure 25 cm., la branche horizontale 13 cm. On peut disposer l'étrier successivement à droite et à gauche du cadre pour prendre les réflexes de chaque côté.

On assoit le malade *sur une table*, les jambes pendantes. On place l'appareil entre les jambes, et l'on approche la planchette jusqu'à ce que la branche horizontale de l'étrier qui vient en contact avec la face antérieure de la jambe du malade corresponde sur le cadran au 0 de la graduation.

Si l'on percute alors le tendon rotulien la jambe chasse devant elle l'étrier, dont le frottement est toutefois tel qu'il reste à la

position nouvelle où il a été projeté. On a donc toute facilité pour lire l'ampleur de son déplacement.

M. Lévy VALENSI. — L'appareil est ingénieux et simple en effet. Mais il ne renseigne pas sur la force de la percussion du marteau qui a une influence très importante sur l'amplitude de la réaction.

M. Paul ABÉLY. — Les résultats obtenus avec l'appareil n'ont pas la même valeur, si tous les sujets n'ont pas la même longueur de jambe, car les bras de levier sont différents.

M. GUIRAUD. — L'angle reste le même quelle que soit la longueur des leviers.

M. Paul ABÉLY. — C'est vrai, mais la force propulsive varie avec cette longueur.

M. René CHARPENTIER. — Il convient, en effet, d'être très prudent dans l'appréciation des résultats obtenus à l'aide d'appareils destinés à mesurer l'amplitude des réflexes. Aux objections qui viennent d'être présentées, on pourrait en ajouter d'autres. Cette planche de bois, elle-même, sur laquelle se meut un index métallique, n'offre pas toujours à cet index la même résistance au frottement : cette résistance peut varier suivant l'état hygrométrique. Il y eut déjà bien des tentatives de faites pour mesurer les réflexes (au moins leur amplitude sinon leur vivacité). On pourrait rappeler les expériences de MM. Marchand et Vurpas. Je crois qu'il faut être très prudent en clinique médicale envers tout ce qui pourrait constituer une précision apparente. Rien n'est dangereux comme la fausse précision.

M. MARCHAND. — Il y a bien longtemps, en effet, nous avons, M. Vurpas et moi, construit un appareil, permettant d'inscrire sur un graphique à la fois : la force du choc sur le tendon, le temps de latence écoulé entre le choc et le début du réflexe, enfin la forme de la contraction musculaire du quadriceps. Mais nous avons renoncé à son usage. (*Revue de psychiatrie*, novembre 1901).

M. Th. SIMON. — Aux objections précédentes je répondrai qu'en effet il faut tenir compte de tous ces facteurs ; et que cet appareil n'est pas présenté comme un instrument de laboratoire, mais comme un instrument de clinique courante. Les résultats qu'il fournit ne sont pas rigoureusement précis, mais ils sont moins imprécis que ceux obtenus avec le marteau tout seul. Pour les enfants, nous avons un modèle plus petit que celui pour adultes.

**Hallucinations visuelles projetées et dessinées, symptômes pré et post-paroxystiques épileptiques, par MM. L. MARCHAND, J. FORTINEAU et M<sup>lle</sup> P. PETIT.**

Si généralement les accidents comitiaux surviennent brutalement ou sont annoncés par une aura de quelques secondes de durée, il est des cas dans lesquels le sujet présente quelques heures ou parfois un ou deux jours avant l'accident des troubles qui permettent à son entourage ou à lui-même de prévoir la crise. Parmi ces symptômes précurseurs, on a noté des troubles de la vue consistant en éblouissements, visions de flammes, de points lumineux, en amaurose ou scotome. Le cas suivant nous a paru présenter un intérêt particulier puisque les accidents comitiaux sont précédés et suivis d'hallucinations visuelles si nettes et si intenses que la malade peut les projeter sur le papier et les dessiner.

Mme Blanche D., âgée actuellement de 50 ans, est traitée à la consultation de l'Hôpital Henri-Rousselle depuis le mois de décembre 1926.

*Antécédents héréditaires.* — Mère morte d'hémiplégie à 43 ans. Père mort d'une maladie de cœur à 63 ans. Ni frère, ni sœur.

*Antécédents personnels.* — Pas de convulsions. Rougeole à 3 ans sans complications. Scolarité jusqu'à 13 ans ; elle obtient son certificat d'études. Réglée à 14 ans.

Employée de bureau de 15 à 21 ans, elle se marie en 1913 avec un homme alcoolique et jaloux.

En 1916, après un accouchement pénible, elle met au monde une fille qui fait à l'âge de 6 mois des convulsions et meurt à 5 ans et demi de méningite consécutive à une broncho-pneumonie.

En 1917, à l'âge de 29 ans, apparaissent les premières manifestations comitiales, sous forme d'absences qui se reproduisent surtout avant ou après les périodes menstruelles.

En 1918, première crise convulsive. Un après-midi, vers 3 heures, chute brusque, perte de connaissance, convulsions, écume aux lèvres, morsure de la langue, émission des urines, durée de 6 à 10 minutes ; grande lassitude consécutive.

Les accidents surviennent par séries de 5 ou 6, une fois par mois en moyenne, soit la nuit, soit le jour.

Evolution des crises depuis 1927 (la malade suit un traitement au gardénal).

1927. 5 crises et plusieurs absences.

1928. 6 crises (brûlure à la main au cours d'une crise), et plusieurs absences.

1929. Pas de crise, plusieurs absences.

1930. En mars : crise au cours de laquelle elle s'est brûlée profondément (cicatrices au bras gauche et à la cuisse). En novembre : crise avec chute et blessure au niveau de la région occipitale.

1931. Une crise en mars ; plusieurs absences.

1932. Plusieurs vertiges de courte durée. Une crise en décembre.

1933. Chute sur le nez (cicatrice) au cours d'une crise.

1934. Plusieurs vertiges.

1935. Blessure à l'oreille droite au cours d'une crise. Au cours d'une absence, elle se brûle les doigts en allumant sa cuisinière.

Les crises et absences surviennent principalement aux époques cataméniales. Depuis 1923, quelques jours avant l'apparition des crises ou des absences, et quelques jours après leur suspension, la malade présente un état hallucinatoire qui revêt chaque fois les mêmes caractères : elle voit Dieu, la Sainte Vierge, des Saints, des Anges, des Rois, des personnages qui s'embrassent, des animaux ; les visions sont projetées tantôt sur le mur, tantôt sur des meubles, voire sur ses vêtements. Elles sont mobiles ; les sujets disparaissent assez vite pour faire place à de nouveaux. La taille des personnages est variable. Les visions ne sont jamais colorées, mais les thèmes sont agréables ; elles n'ont jamais revêtu un caractère terrifiant. Dès le début, la malade s'est complu dans ses visions, puis elle a pensé « que ce serait un bonheur pour elle de pouvoir les dessiner ».

Depuis une dizaine d'années, lorsqu'elles apparaissent, elle prend un crayon taillé très finement et du papier (feuille blanche, papier journal) et les visions sont projetées volontairement sur le papier ; il lui suffit alors de suivre les contours des sujets pour obtenir leur reproduction schématique.

Sur la fig. I on remarque des têtes de personnages (face et profil) coiffées d'un bonnet en forme de mitre. Sur certaines figures on peut remarquer l'absence de la bouche, du nez ou des yeux, la malade n'ayant pas eu le temps de les achever à cause du changement et de la mobilité des images.

Sur d'autres dessins (type fig. II) plus récents, les silhouettes ont fait place à des profils accusés, avec saillie marquée du nez et du menton, reliés entre eux par des dessins géométriques dans lesquels viennent s'inscrire des têtes d'animaux (vaches, chiens, oiseaux, le plus souvent).

Tous ces dessins présentent un caractère enfantin marqué ; ils sont peu variés.

La malade se souvient parfaitement de tout ce qu'elle a dessiné et de ce qui a pu se passer autour d'elle pendant les périodes

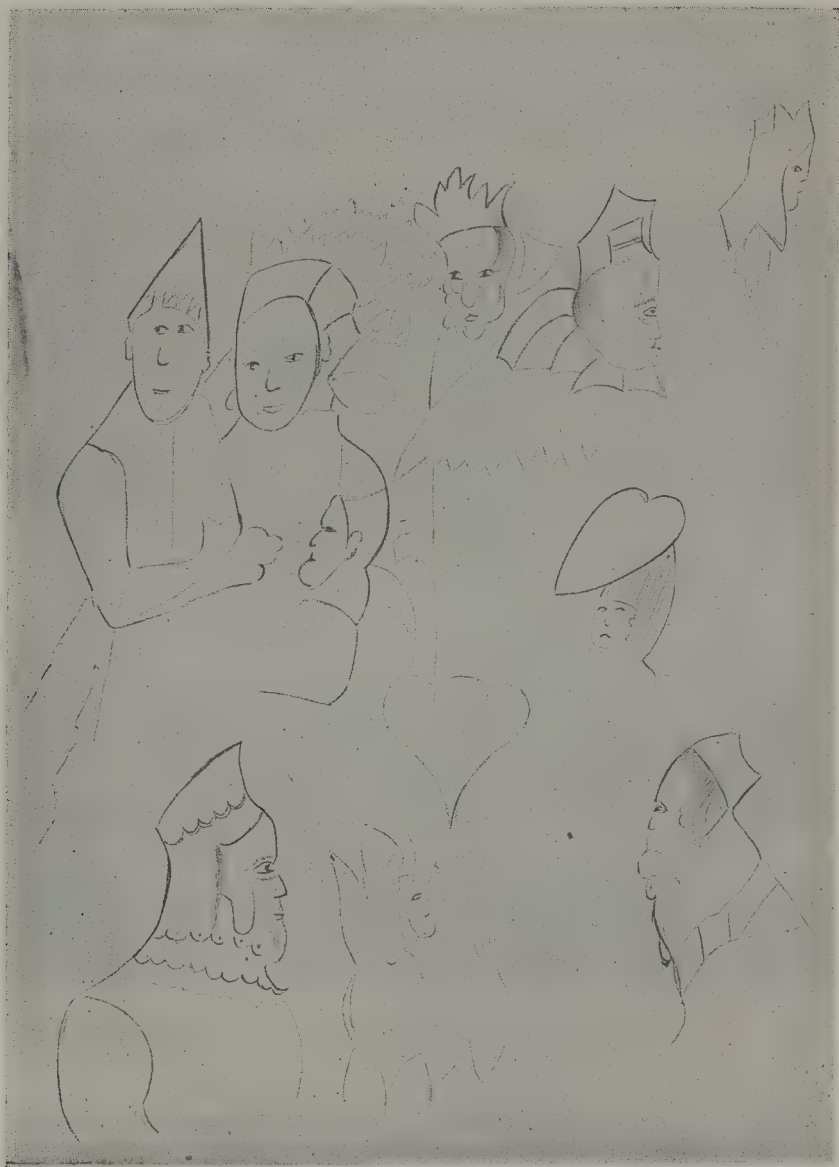


FIG. 1

hallucinatoires. Elle n'admet pas le caractère pathologique de ses hallucinations qui lui sont, dit-elle, envoyées par Dieu « qui la



protège et qui lui a parlé ». Elle trouve ses dessins splendides et elle les fait admirer à ses amis, ses parents, à tous ceux qui veulent bien les regarder. A chacune de ses visites elle nous présente de nouveaux dessins avec une satisfaction évidente.

L'existence d'hallucinations auditives paraît certaine. A plu-

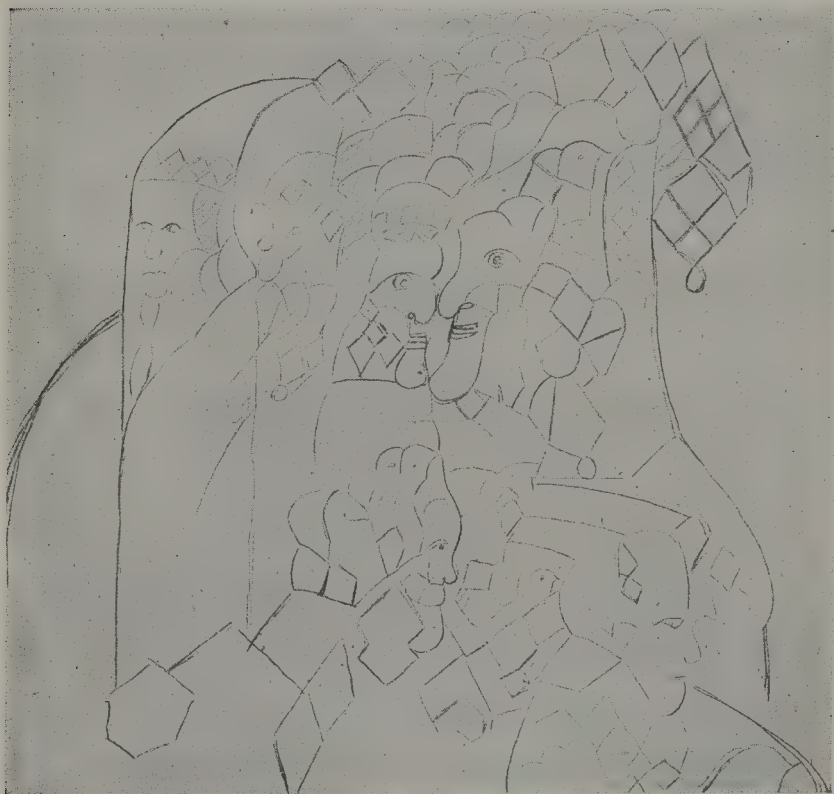


FIG. II

sieurs reprises, pendant les phases hallucinatoires, elle a entendu la voix de Dieu lui dire : « Vous guérirez et vous aurez l'objet de vos désirs ». Pas d'autres troubles psycho-sensoriels chez cette débile mentale, qui ne présente ni affaiblissement intellectuel notable, ni confusion dans les idées. Nous n'avons pas trouvé chez elle de religiosité excessive si ce n'est qu'elle porte toujours sur elle une prière qui doit la protéger du « mal d'épilepsie ».

Actuellement, la malade se présente avec un faciès légèrement

bouffi et congestif. A l'examen du cœur : 2° bruit aortique clangoreux. Pouls : 96. Tension au Pachon : Mx 13,5 ; Mn 9 ; I. o. 4.

Urines normales.

Examen neurologique : Léger tremblement de la langue et des doigts. Réflexes tendineux normaux. Pupilles égales et réagissant à la lumière.

Les réactions sérologiques sont négatives dans le sang.

L'examen ophtalmologique ne révèle rien de particulier. La malade n'a jamais présenté de symptômes de migraine ophtalmique.

En résumé, il s'agit d'une débile épileptique dont les crises convulsives ont été très améliorées par le traitement mais dont les accidents comitiaux sont toujours précédés ou suivis d'hallucinations visuelles qui, projetées sur le papier, peuvent être dessinées schématiquement en en suivant les contours.

Ces phénomènes hallucinatoires sont difficiles à classer parmi les syndromes classiques. Ils ne présentent aucun des caractères des accidents comitiaux. On ne peut parler de délire onirique ; les visions sont toujours les mêmes, d'une précision parfaite, et le sujet, pendant qu'il les éprouve, reste en contact intime avec le monde extérieur. Il ne s'agit pas d'hallucinoïse puisque le caractère pathologique des hallucinations n'est pas reconnu comme tel par la malade qui les croit envoyées par Dieu. On ne peut que rapporter cet état hallucinatoire particulier aux modifications cérébrales précurseurs des accidents comitiaux et traduisant la débilité profonde du sujet.

M. GUIRAUD. — Les dessins de la malade présentent un petit quadrillé. Il faut se demander si dans les visions de la malade, il ne se produit pas quelque chose d'analogue aux visions que tout individu normal peut avoir quand il regarde des nuages. Il semble s'agir de phosphènes rétinien déterminés par un spasme périphérique, d'une aura calcarinienne par exemple.

M. René CHARPENTIER. — Les questions que j'ai posées tout à l'heure à la malade sur l'existence de phosphènes, de céphalées, etc., avaient pour but de rechercher s'il n'existerait pas, chez cette malade, une association de migraine ophtalmique et d'épilepsie, association déjà maintes fois signalée, tantôt sous forme d'alternance soit personnelle, soit héréditaire, tantôt sous forme d'équivalents, tantôt sous forme de migraines accompagnées d'épilepsie. On sait que M. Pagniez a défendu récemment l'opinion qu'il existe une étroite parenté entre ces deux

affections et que leurs pathogénies sont apparemment très voisines.

Que pensent les auteurs de cette présentation de la pathogénie des troubles visuels de leur malade ? Origine toxique ? phénomènes de choc ? Il semble bien qu'à l'origine, il y ait, comme dans la première phase de la migraine, un angiospasme encéphalique. Les sensations sont ensuite utilisées par le psychisme débile et mystique de la malade.

M. MARCHAND. — Dès le début, les hallucinations visuelles ont consisté en visions de personnages. Ce n'est que depuis peu qu'il s'y mêle une espèce de quadrillé irrégulier. Cette chronologie n'est pas favorable à l'hypothèse de phosphène transformé par l'imagination de la malade.

M. COURBON. — Cette femme qui vient de nous avouer aimer passionnément le dessin n'aurait-elle pas constitutionnellement cette forme particulière de l'imagination de beaucoup d'artistes qui ont la représentation visuelle de ce à quoi ils pensent. Il leur arrive, au cours d'une conversation ou d'une lecture, d'avoir des absences pendant lesquelles ils assistent au défilé des images déclenchées par un mot qui les a vivement intéressés. Or cette femme est mystique et ce sont des visions de scènes religieuses ou de chastes béatitudes qu'elle décrit.

Dans la terminologie actuellement à la mode, on dirait que ses longues auras sont des accès d'automatisme mental survenant chez une femme douée de l'imagination appelée représentative par Sollier et objectivante par Mignard. La mise en branle de ce phénomène psychologique pourrait bien être la production du phénomène physique périphérique invoqué par M. Guiraud et par M. René Charpentier.

M. Paul ABÉLY. — Les dessins de cette femme sont en effet empreints de mysticisme. Les moines du Moyen Âge y figurent en grand nombre. Elle est au moment où elle les voit et les dessine dans un état d'excitation psychique de longue durée qui annonce la crise. J'ai une épileptique de mon service qui avant de tomber en convulsion et pendant de très nombreuses heures, se croit Allemande née à Hanovre. Si on l'interroge, alors elle défend âprement ce thème qu'elle ne soutient jamais, à aucun autre moment.

**Symptômes et lésions du système nerveux végétatif dans l'alcoolisme chronique**, par M. P. GUIRAUD, M<sup>me</sup> BONNAFOUS-SERIEUX et M. Ch. NODET.

Depuis quelques années de nombreux et importants travaux ont été consacrés à l'anatomo-pathologie de l'alcoolisme chronique, en particulier au syndrome de Korsakoff (1). Dans aucun d'eux, on ne trouve mention de l'état du système nerveux végétatif.

Recevant chaque année un certain nombre de femmes alcooliques chroniques, nous avons constaté comme la plupart des auteurs la gravité de l'alcoolisme féminin. Le delirium tremens est rare de même que le délire subaigu à évolution rapide et relativement bénigne.

D'ordinaire, il s'agit de malades intoxiquées depuis longtemps avec abolition des réflexes tendineux, onirisme et confusion masquant une démence sous-jacente. Parfois, malgré tout traitement, la guérison ne survient pas et les malades décèdent d'eschare ou de maladie intercurrente ; d'autrefois, elles évoluent vers la démence alcoolique. Chez ces malades, nous avons été frappés par la fréquence et l'importance des symptômes d'ordre végétatif, ce qui nous a donné l'idée d'examiner histologiquement les ganglions et les nerfs sympathiques de celles qui sont décédées.

OBSERVATION I. — D. Elisa, 50 ans, entre le 6 août 1935, avec le certificat suivant : « Est atteinte d'affaiblissement intellectuel et de cauchemars (animaux et ennemis imaginaires). Frayeurs, insomnies, étourdissements, crampes et gros tremblement de la langue et des doigts, absence des réflexes rotuliens, achilléens conservés, ataxie, Romberg. Pupilles inégales, ne réagissant que faiblement à la lumière. Ponction lombaire : albumine 0,30 ; globulines + ; Weichbrodt négatif ; leucocytes 22 ; benjoin 00000.02221.00000 ; Meinicke négatif ; Wassermann négatif. Sang, réactions négatives. »

(1) GAMPER. — Zur Frage der Polioencephalitis hæmorrhagica der chronischen Alkoholiker. Anatomische Befunde bei alkoholischem Korsakoff und ihre Beziehungen zum klinischen Bild, 17 Jahres Versammlung der Gesellschaft deutscher Nervenärzte in Wien 1927. Ref. Zbl. Neurol., 47.

(2) T. OHKUMA. — Zur pathologischen Anatomie des chronischen Alkoholismus. Zeitsch. f. die. Ges. Neur. u. Psych., t. 126, 1930, p. 94.

(3) NEUBÜRGER. — Ueber Hirnveränderungen nach Alkoholmisbrauch. Zeits. f. d. ges. Neur. u. Psych., t. 135, 1931, p. 159.

(4) H. STECK. — Les lésions du tronc cérébral dans le délirium tremens et dans la psychose de Korsakoff. Congrès de Rabat, 1933, p. 353.

(5) L. MARCHAND et A. COURTOIS. — La psychose aiguë de Korsakoff des alcooliques. Revue Neur., 1934, t. 2, p. 425.

Un cousin nous fournit quelques renseignements. Depuis longtemps, la malade buvait beaucoup, particulièrement du vin rouge ; souvent, elle était agitée pendant la nuit et réveillait les voisins. Elle vomissait parfois le matin.

Le visage est extrêmement coloré, les joues tout entières sont rouges tirant sur le violet, les pommettes sont sillonnées de varicosités, la malade a perdu beaucoup de cheveux, elle est obèse et impotente. Au point de vue mental, on constate des alternatives de demi-stupeur avec inertie, indifférence, réponses rares et inexactes. D'autrefois, fabulation et fausses reconnaissances : hier elle est sortie, elle s'est promenade dans les rues, elle a bu du vin et a mangé des frites. Elle croit reconnaître ses voisines de lit ; elle les a vues à Belleville, il y en a une qui est la « sœur à sa belle-sœur ». Quand la malade ne délire pas, on peut mettre en évidence un profond affaiblissement de la mémoire. Elle ignore la date, la durée de son séjour à l'Asile. De la guerre, elle ne sait que deux choses : on se battait et son mari a été tué. La date de son mariage est oubliée.

A l'examen physique, on retrouve les signes décrits dans le certificat d'entrée. Les pieds sont en équinisme, la station debout est impossible, les masses musculaires amaigries sont douloureuses à la pression. La région hépatique est douloureuse. Réflexes rotuliens totalement abolis, réflexe plantaire en flexion. Un détail frappant est l'importance des troubles *vaso-moteurs* : la face est parfois rouge vif, mais le plus souvent violacée, les mains sont toujours froides, tantôt violacées avec dilatations veineuses, tantôt très pâles. On note de fréquentes crises sudorales avec nombreuses gouttes de sueur perlant sur la peau blanche des mains et des avant-bras, ces crises durent quelques heures puis disparaissent. Le réflexe pilo-moteur est exagéré ; il suffit de découvrir la malade ou de frôler son corps pour faire apparaître une réaction ansérine importante et durable. Pression sanguine, 15/7, oscillations amples. Pouls rapide, 27 au quart de minute, réflexe oculo-cardiaque aboli.

La malade s'affaiblit progressivement. Elle présente une eschare fessière. Le 6 octobre 1935, cyanose accentuée, fièvre, submatité gauche, râles humides, on pense à une broncho-pneumonie, mais le lendemain les signes stéthoscopiques ont disparu, la fièvre persiste. Le 11 octobre, même état à submatité, râles à la base gauche. Décès le 12 octobre. Autopsie le 13. On ne trouve pas la broncho-pneumonie gauche à laquelle on s'attendait. Poumons simplement congestionnés aux bases. On peut se demander si les signes pulmonaires observés ne sont pas de simples troubles *vaso-moteurs*. Foie de volume normal.

*Encéphale.* — Rien d'anormal au point de vue macroscopique. Rien de spécial aux autres organes. Le décès est dû à l'infection provenant de l'eschare sacrée.

*Examen histologique.* — On prélève le ganglion cervical supérieur gauche avec le fragment de pneumogastrique voisin, quelques ganglions rachidiens, les deux ganglions semi-lunaires.



*Foie.* — Volume normal. Début de cirrhose, des bandes importantes de tissu conjonctif entourent tous les vaisseaux. Quelques zones sont riches en noyaux de fibroblastes, épaisses fibres collagènes avec peu de noyaux. La réaction conjonctive est surtout intense au niveau des espaces portes, par places, néoformation de canalicules biliaires. Les cellules hépatiques sont relativement peu atteintes, on n'observe de dégénérescence graisseuse que dans de rares endroits. Congestion capillaire importante.

*Encéphale.* — Dans les diverses régions de l'écorce et des noyaux centraux, lésions classiques de l'alcoolisme chronique : atrophie des cellules nerveuses, prolifération de la macro et de l'oligodendrogliose, néoformations vasculaires.

*Corps mamillaires.* — A la suite des travaux de Gamper, Neuburger, Okuma et autres, on tend à admettre que les corps mamillaires sont particulièrement atteints dans le syndrome de Korsakoff et l'alcoolisme chronique. Dans notre cas, les lésions à ce niveau sont évidentes et accentuées. Les cellules nerveuses sont très atteintes, ratatinées, affectées de dégénérescence lipo-pigmentaire. Leurs lésions sont particulièrement évidentes par la méthode de Bielschowsky. La prolifération névrogliose est intense (oligodendrogliose, microglie, macroglie). L'atteinte vasculaire est particulièrement nette ; prolifération vasculaire et surtout épaississement de la paroi vasculaire allant par places jusqu'à l'oblitération. Il ne s'agit pas de réaction périvasculaire, mais d'atteinte de la paroi elle-même.

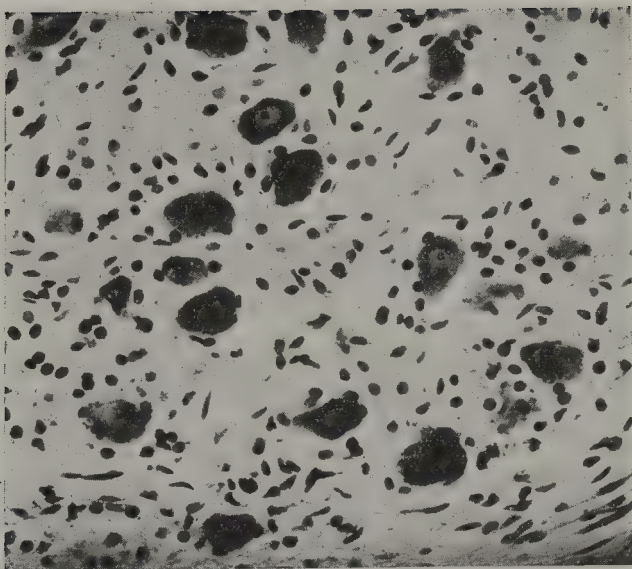
*Ganglions sympathiques.* — Au faible grossissement, on est surtout frappé par la prolifération des cellules satellites, par l'abondance des vaisseaux. A un examen plus détaillé, on constate :

1° de graves lésions des cellules nerveuses, chromatolyse centrale, irrégularité du contour, fantômes cellulaires, disparition cellulaire. L'imprégnation argentique montre la dissolution du réseau neurofibrillaire dans beaucoup de cellules, l'épaississement et la fragmentation des prolongements dendritiques ;

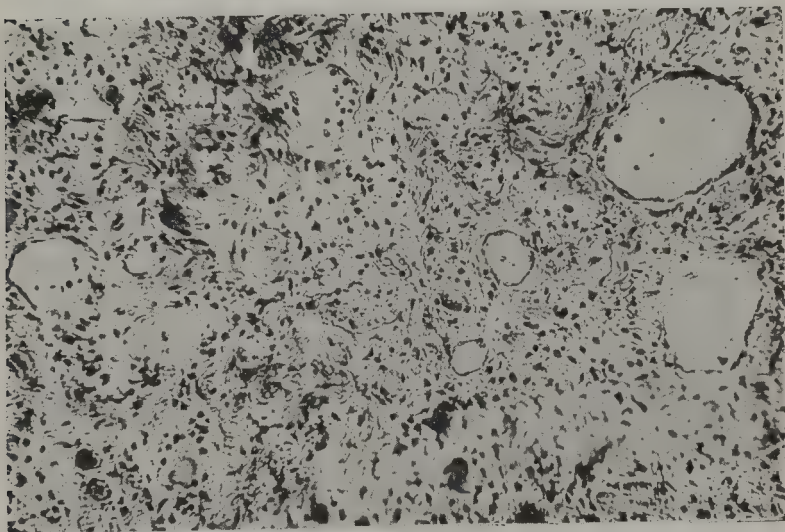
2° les cellules satellites sont beaucoup plus nombreuses qu'à l'état normal, parfois, elles sont disposées concentriquement en plusieurs rangées autour d'une cellule nerveuse ou autour du résidu d'une cellule. Le plus souvent, elles sont irrégulièrement disposées. Par certaines méthodes (trichrome de Masson), on peut mettre en évidence autour des noyaux un cytoplasme assez abondant à contours indistincts ;

3° les vaisseaux sont très dilatés et très nombreux. Cette prolifération atteint surtout les capillaires et les précapillaires qui parfois sont énormes. Les noyaux des cellules endothéliales sont volumineux, clairs, allongés, irréguliers ; l'intérieur du vaisseau contient de nombreuses granulations (méthode de Nissl) ;

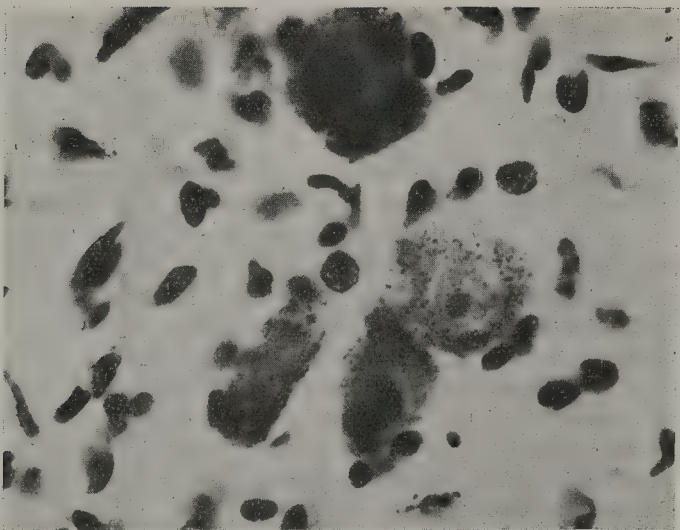
4° les fibres nerveuses à l'intérieur du ganglion montrent des neurofibrilles relativement intactes ; les cellules de Schwann sont en bon



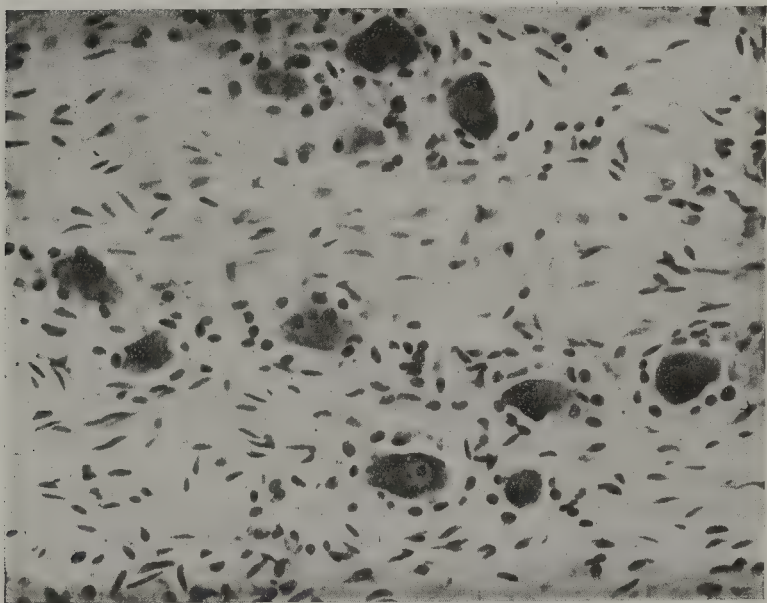
Ganglion semi-lunaire (Nissl). Satellitose. Lésions des cellules nerveuses.



Ganglion semi-lunaire (trichrome de Masson). Prolifération conjonctive et vasculaire. Lacs sanguins.



Ganglion semi-lunaire (Nissl). *Immersion*. Cellules nerveuses  
en voie de destruction.



Ganglion cervical supérieur (Méthode de Nissl). Satellitose,  
le sinus des cellules nerveuses.

état, elle ont tendance à élaborer des fibrilles de précollagène (trichromes), les cellules à granulation  $\pi$  sont nombreuses ;

5° autour des vaisseaux on constate une abondante prolifération de fibres collagènes véritables, le ganglion est nettement scléreux surtout en son centre.

Tous les ganglions examinés présentent des lésions identiques.

*Ganglions rachidiens.* — Mêmes lésions mais moins accentuées.

*Moelle épinière lombaire.* — Ratatinement hyperchromatique des cellules des cornes antérieures, dégénérescence lipopigmentaire, fantômes cellulaires. Abondante prolifération névroglique.

*Nerfs.* — Le crural a été examiné. Il présente d'énormes lésions. On n'observe presque que des cellules de Schwann proliférées, les fibres à myéline sont rares, les quelques cylindraxes conservés sont moniliformes.

En résumé dans ce cas les lésions du système nerveux végétatif sont accentuées, généralisées et répondent au même type lésionnel que celui observé dans les centres nerveux.

OBS. II. — *M. Louise*, 37 ans. Entre le 24 août 1935 avec le certificat suivant. « Est atteinte d'éthylisme chronique. Confusion actuelle « avec possibilité d'affaiblissement intellectuel sous-jacent. Orientation très imprécise. Evocation très difficile des faits anciens, impossible des faits récents. Onirisme nocturne ; voit des personnes « mortes. Idées de persécution sans consistance contre son entourage. Fabulation : on l'a opérée hier à moins que ce ne soit « aujourd'hui. Etat général médiocre. Ictère conjonctival. Réflexes « rotuliens persistants. Température autour de 38°.

« Liquide céphalo-rachidien : albumine 0,24 ; globulines 0 ; leucocytes 2,2 ; benjoin 00000.00100.00000 ; Weichbrodt et Meinicke « négatifs. Sang négatif. »

Antécédents héréditaires éthyliques (mère). Elle-même boit beaucoup en cachette depuis au moins 9 ans.

L'examen donne les mêmes renseignements que le certificat d'entrée. Il faut cependant insister sur la congestion de la face très accentuée, occupant toutes les joues. Outre les dilatations veineuses et capillaires, il y a une rougeur diffuse. Comme la malade précédente, alternatives de demi-stupeur et d'inertie et d'épisodes oniriques, même quatre mois après son entrée. Le 18 décembre, par exemple, déclare qu'elle entend la T.S.F. qui lui parle de sa famille, d'un prochain mariage avec un inconnu. Elle entend son enfant et le gronde parce qu'il a fait une réflexion qui ne lui plaît pas. Toute sa famille devrait être morte et cependant elle est vivante. Illusions de fausse reconnaissance : le médecin est un marchand de bois de Bretagne, l'interne est M. Dumaine, etc.

Mémoire et orientation imprécises et inexactes. Inertie. Indifférence, inactivité. Ne se lève jamais.



Examen physique : le facies est toujours très congestif. Peu de tremblement de la langue et des doigts. Réflexes tendineux faibles mais présents. Troubles vaso-moteurs et végétatifs accentués : les mains sont toujours froides et moites, les pieds froids. La moindre compression au niveau des bras détermine des troubles circulatoires importants, l'avant-bras devient rapidement violacé aux zones marbrées et veines dilatées. Pupilles légèrement inégales,  $G > D$  réagissent à la lumière et à l'accommodation.

Tension sanguine, 12,7. Pouls plutôt ralenti, tantôt 68, tantôt 60. Réflexe oculo-cardiaque, pas de modification du pouls.

Réflexe coeliaque, 10 secondes après une compression de 10 secondes, le pouls se ralentit à 50 et ensuite à 55.

Réflexes vaso-moteurs très accentués. Dermographisme en relief très accentué et persistant. Au cours de certaines explorations, on constate une *asymétrie* du dermographisme : il est plus marqué à droite qu'à gauche, au niveau de la poitrine et de l'abdomen. Les réflexes pilomoteurs sont faciles à obtenir et plus accentués que normalement. L'inhalation de nitrite d'amyle détermine une congestion très intense et persistante de la face. Une injection d'un centigramme de pilocarpine provoque une sudation nette, mais pas plus abondante que chez les sujets normaux. Il faut remarquer que l'exploration du système végétatif ne donne pas des résultats très typiques quand il n'y a pas de troubles unilatéraux. Retenons cependant la congestion, l'intensité et l'asymétrie transitoire du démographisme, la bradycardie habituelle.

Nos observations se bornent actuellement à deux cas, mais la présente communication a pour but d'attirer l'attention des cliniciens sur ces faits.

Dans l'important travail de Marchand et Courtois (1), nous trouvons une confirmation de notre opinion. Ces auteurs, en effet, notent : l'inégalité et l'irrégularité pupillaire, le teint bronzé, les varicosités aux pommettes, la disparition des poils, en particulier aux aisselles.

Reste à fixer dans ces symptômes la valeur respective de l'insuffisance hépatique et de l'atteinte végétative. La rougeur de la face avec varicosités est attribuée d'ordinaire à l'insuffisance hépatique. Le fait est possible dans beaucoup de cas, mais chez les malades que nous avons observées il s'agit d'une congestion diffuse de toutes les joues pour laquelle il est bien difficile de ne pas penser à un trouble sympathique. La plupart des insuffisances hépatiques ne présentent pas cette congestion. Ce qui nous paraît le plus typique au point de vue végétatif, ce sont les crises

(1) MARCHAND et COURTOIS. — *Loc. cit.*



sudorales et les troubles vaso-moteurs. Nous nous demandons si certains états congestifs transitoires (poumons) ne sont pas également des troubles végétatifs. L'atteinte du système nerveux viscéral met certainement les alcooliques chroniques en état de faible résistance organique, ce qui explique en partie la gravité des maladies intercurrentes.

M. MARCHAND. — Il est intéressant de voir combien sont lésés les ganglions sympathiques chez les alcooliques chroniques présentant des symptômes graves d'ordre neuro-végétatif ; mais, à propos des lésions encéphaliques, je ne crois pas qu'on puisse localiser les lésions dans la région mésodiencephalique et en particulier dans les corps mamillaires. Dans l'alcoolisme chronique et surtout dans le syndrome de Korsakoff, les lésions du cortex sont extrêmement accusées ; on peut même dire que chez les alcooliques chroniques tout le système nerveux est lésé, comme d'ailleurs la plupart des organes et spécialement le foie. C'est la remarque que je faisais au Congrès de Rabat à propos d'une communication de Steck sur les lésions de la région infundibulo-tubérienne et des corps mamillaires chez les alcooliques atteints de delirium tremens et de psychose de Korsakoff.

M. GUIRAUD. — Les lésions sont en effet disséminées. Mais elles me paraissent prédominer dans la région du troisième ventricule. Et dans un cas où les troubles végétatifs sont aussi accusés qu'ils l'étaient dans le nôtre, on voit que les ganglions sympathiques eux-mêmes sont atteints.

**Tentatives de suicide répétées chez un instable déprimé sans travail (présentation du malade),** par MM. LAIGNEL-LAVASTINE, Georges d'HEUCQUEVILLE et J.-J. SAMBRON.

Le malade, que nous avons l'honneur de présenter, est remarquable par les multiples cicatrices linéaires et parallèles de coups de rasoir sur les avant-bras.

Ce jeune homme de 21 ans a trouvé, dès son entrée dans la vie, des conditions sociales anormales, sur lesquelles insisterait un adepte de la théorie sociologique du suicide. Il est né dans la confession protestante. Il n'a pas connu son père, qui avait abandonné sa mère, et avait été condamné, pour abandon de famille, à une pension alimentaire. Sa mère est morte, vraisemblablement tuberculeuse, alors qu'il avait 7 ans. Recueilli par ses grands-parents, il a vu disparaître

d'abord son grand-père en 1933, puis sa grand'mère l'an dernier, tous deux octogénaires.

Pas d'antécédent pathologique notable dans la première enfance. Le malade poursuit des études secondaires au collège supérieur de Metz. Il remplit, quelque temps, les fonctions de secrétaire auprès d'un romancier allemand. La puberté s'était installée sans incident, sans accès de dépression, ni tentative de suicide. Il accomplit normalement son service militaire.

Au retour du service militaire, il subvient tant bien que mal à ses besoins, mais prend bientôt le parti de contracter, en 1929, un engagement dans les armées coloniales.

En Syrie, en 1932, il a une méningite cérébro-spinale grave, qui entraîne sa réforme après cinq mois de traitement. L'infection se complique d'hémiplégie gauche, de *dysarthrie* transitoire. A son retour en France, il doit être hospitalisé au Val-de-Grâce pour des séquelles, *paralysie faciale* gauche, *céphalée* persistante. Dans les mois qui suivent, il est encore traité pour caries dentaires rapides, hydarthrose, appendicite. Bref, l'état général a subi, après la ménin-gite, une atteinte profonde.

Rétabli, le malade acquiert, avec ses économies, un fonds d'épicerie à Bordeaux. En quelques mois, il tombe en faillite, ce qui n'a rien d'étonnant.

Depuis lors, ayant en outre perdu entre temps ses grands-parents, ses seuls soutiens naturels, il traîne une existence misérable, travaillant par courts intervalles, et secouru au « Refuge de l'Armée du Salut », où, même protestant, constate-t-il avec amertume, il lui faut verser une pension modique.

C'est dans ces circonstances qu'il commet sa longue série de tentatives de suicide.

La première remonte à juin 1935, à 5 heures du soir. Revenant d'une tournée d'embauches infructueuse, il trace avec un couteau *deux longues scarifications* parallèles et transversales sur la face antérieure du *poignet gauche*, puis sept autres, également transversales et parallèles, de bas en haut, sur la face dorsale. Il est traité à l'Hôpital de Montfermeil.

La seconde tentative date d'août 1935. Le malade avait travaillé quelques semaines dans les champs. Il cherche un emploi à Paris, et, ses recherches demeurant vaines, un soir, à 6 heures, il se jette dans la Seine, du quai de Bercy. Il est traité à l'Hôpital Saint-Antoine.

Puis, se place un léger incident *médico-légal*. Ayant perdu sa bicyclette, il en *vole* une autre qu'il revend et produit une *fausse facture*. Bref, il est condamné par la 10<sup>e</sup> Chambre, purge une peine de prison, et sort libéré le 26 décembre dernier, avec un modeste pécule.

Le 8 janvier, il entre à la Pitié, en état d'intoxication barbiturique peu profonde : il avait absorbé *un tube de comprimés de gardénal à 0,10* et *un demi-tube de comprimés de véronal à 0,20*.

Bien réveillé, le 10 janvier, il s'isole dans les cabinets, et, à l'aide d'une *lame de rasoir Gillette*, il se creuse *deux estafilades* à la face latérale gauche du cou, obliques en bas et en avant, nettement en arrière du bord antérieur du sterno-mastoïdien. (Au-dessus du maxillaire inférieur, on remarque deux cicatrices rectilignes, mais ces dernières sont anciennes, de nature accidentelle).

Ce malade, lucide et intelligent, ne se départit guère d'une attitude concentrée, soucieuse, mais répond de bonne grâce. Pendant son séjour à l'hôpital, nous n'avons relevé aucune crise ni anxieuse, ni névropathique, ni comitiale. Le sommeil est satisfaisant.

*Examen physique.* — Léger strabisme interne, pupilles à peine paresseuses ; pas de séquelle d'hémiplégie gauche ; réflexes tendineux polycinétiques à droite ; réaction cutanée plantaire normale : réflexes crémasteriens et cutanés abdominaux normaux ; tremblement discret des extrémités ; cœur normal ; tension artérielle : 11/8 ; troubles digestifs fonctionnels : anorexie, pesanteur gastrique, point cystique, colon spasmé, alternatives de diarrhée et de constipation ; réaction oculo-cardiaque très positive.

On ne met en évidence nul stigmatisme dystrophique net ; à noter une légère asymétrie faciale, le côté droit un peu rétréci, des oreilles assez frustes, un appendice xyphoïde rudimentaire.

Dans l'ordre psychique, la malade accuse des alternatives d'euphorie et de dépression, de rythme diurne, la nuance mélancolique restant dominante. Le soir, il éprouve un découragement profond, qu'il n'extériorise nullement par des manifestations anxieuses. Mais toutes ses tentatives de suicide ont été accomplies vers 5 ou 6 heures du soir. Le matin, il reprend courage.

Il sait qu'il se retrouvera sans travail à la sortie de l'hôpital, et qu'il devra recourir à un nouveau mode de destruction. Il accepte cette éventualité avec un fatalisme exempt de révolte. « Il compte recourir, cette fois, aux barbituriques, pour avoir lu dernièrement un récit de ce genre dans Marcel Proust. »

Chez ce malade, la dépression ne s'accompagne de nul système délirant. Le jugement, et généralement toutes les fonctions intellectuelles, appréciées aux tests usuels, apparaissent intactes. Les perturbations intéressent seule la sphère affective.

Nous avons présenté ce malade à la Société en raison surtout de l'intérêt pittoresque de ses tentatives et de leur répétition. Ajoutons néanmoins qu'il pose un triple problème diagnostique, étiologique et médico-légal.

Ce malade est manifestement un déprimé. Il n'offre aucun caractère d'hébéphrénique. Mais sa dépression revêt une forme peu commune. Elle présente une exacerbation vespérale, aiguë et régulière. Elle ne comporte aucun syndrome anxieux, aucune inhibition ni ralentissement intellectuel. C'est pourquoi elle se

rapproche du découragement légitime qui suit l'insuccès dans la recherche du travail.

D'autre part, on peut se demander si on doit incriminer la méningite cérébro-spinale sévère de 1932. La dépression actuelle en constitue-t-elle une séquelle affective parmi les autres séquelles, nerveuses ou infectieuses, énumérées ? Ce sujet, intelligent, qui subvenait auparavant à ses besoins, en quelques mois engloutit ses économies, fait faillite et se décline tout à fait. Dans quelle mesure cet événement dépend-il des séquelles de la méningite cérébro-spinale, c'est très difficile à dire. En tous cas cette mesure paraît petite dans le déterminisme de ces manifestations de découragement marquées par le double caractère d'impulsivité et de répétition en pleine lucidité.

Du point de vue médico-légal, il ne paraît guère possible d'assimiler notre malade aux anciens encéphalitiques atteints de perturbations affectives profondes. Il se présente, avant tout, comme un instable constitutionnel, qui a besoin d'être encadré. Son activité, normale au régiment, est incapable de fruit quand il est livré à lui-même. Cette remarque dicte un conseil : se rengager. L'internement aussi encadrerait notre homme ; mais la mesure nous paraît un peu rude.

En résumé, l'intérêt de ce malade est double : pittoresque et médico-social.

Les multiples cicatrices cutanées d'incisions superficielles démontrent des tentatives de suicides un peu molles, comme on en relève chez des instables, qui passent pour hystériques.

Quant à l'intérêt médico-social, il est encore plus psychologique que psychiatrique.

M. René CHARPENTIER. — Il y a lieu de faire des réserves sur ces tentatives de suicide, tant à cause du caractère manifestement peu dangereux de certaines (égratignures ou estafilades de la face postérieure du poignet par exemple), qu'à cause de la constance et de la répétition des échecs. Il est permis de se demander si cet ancien soldat colonial, qui n'arrive pas à se tuer, en a vraiment un si grand désir.

M. RAYNEAU. — Comme le dit M. René Charpentier, il ne paraît pas avoir une bien grande envie de mourir mais vouloir améliorer sa situation sociale.

(1) LAIGNEL-LAVASTINE, Georges d'HEUCQUEVILLE et M. GAUTIER. — Tentative de suicide par la hache d'un alcoolique, au début d'une paralysie générale. *Annales Médico-Psychologiques*, XCII, n° 5, p. 741, mai 1934.

M. Georges DUMAS. — Il convient, quand on parle du suicide et de Durkheim, de bien préciser ce qu'il entendait par facteur social. Ce n'est pas, comme on a l'air de le croire trop souvent, le retentissement conscient des incidents sociaux sur l'individu. C'est le phénomène inconscient pour l'individu de sa désintégration sociale ; c'est le fait de subir la société sans sentir qu'on la subit.

M. D'HEUCQUEVILLE. — Je crois personnellement que le facteur biologique de la méningite est très important et qu'il y a lieu indiscutablement d'interner le sujet ; vivant déjà à l'Armée du Salut il est déjà à la charge de la société, il sera mieux à sa place à l'asile.

La séance est levée à 11 heures 30.

*Les secrétaires des séances,*

Paul ABÉLY et P. CARRETTE.

---



Séance du lundi 24 février 1935

---

Présidence : M. VURPAS, président

---

### Adoption du procès-verbal

Le procès-verbal des séances du jeudi 9 janvier 1936 et du lundi 27 janvier 1936 est adopté.

### Correspondance

M. Paul COURBON, *Secrétaire général*. — La correspondance manuscrite comprend :

une lettre du D<sup>r</sup> René CHARPENTIER, *vice-président*, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance ;

une lettre du D<sup>r</sup> Reginald WORTH, *secrétaire général* de *The Royal Medico-psychological Association*, qui remercie la Société Médico-psychologique des sentiments de condoléances exprimés à l'occasion de la mort de Sa Majesté George V ;

une lettre du Professeur PARHON et du D<sup>r</sup> GOLDSTEIN, de Bucarest, présentant à la Société leur Traité d'Endocrinologie sur les parathyroïdes ;

une lettre du D<sup>r</sup> AYREUX, secrétaire général du Conseil général des Sociétés médicales d'arrondissements de Paris, priant les membres de la Société Médico-psychologique de seconder l'effort de ces Sociétés pour réprouver hautement les procédés de réclame de certains médecins qui se font de la publicité dans la grande presse ;

une lettre du D<sup>r</sup> Roger ANGLADE, qui remercie la Société de l'avoir élu *membre titulaire* ;

des lettres de Mlle le D<sup>r</sup> DEROMBIES, et de Mme le D<sup>r</sup> MASSON, qui remercient la Société de les avoir élues *membre correspondant national*.

### Date de la séance du mois d'avril

Le deuxième jeudi du mois d'avril se trouvant pendant la période des vacances universitaires, la Société décide de ne tenir au mois

d'avril qu'une seule séance qui aura lieu le lundi 27 avril 1936, à 4 heures, au siège de la Société Médico-psychologique, 12, rue de Seine (VI<sup>e</sup> arrondissement).

### Déclaration de vacance d'une place de membre titulaire

Une place de *membre titulaire* est déclarée vacante ; les candidatures, accompagnées d'un exposé de titres et de travaux scientifiques, devront être parvenues au secrétaire général avant le lundi 23 mars 1936, date à laquelle sera désignée la Commission chargée de l'examen de ces candidatures : l'élection aura lieu à la séance du lundi 27 avril.

### Election d'un membre correspondant national

Après lecture d'un rapport de M. GUIRAUD au nom d'une Commission composée de MM. GUIRAUD, MARCHAND et SIMON, il est procédé au vote sur la candidature de Mlle le D<sup>r</sup> DESCHAMPS, au titre de membre correspondant national.

|                         |    |
|-------------------------|----|
| Nombre de votants ..... | 20 |
| Majorité absolue .....  | 11 |

A obtenu :

|  |          |
|--|----------|
| Mlle le D <sup>r</sup> DESCHAMPS ..... | 20 voix. |
|--|----------|

Mlle le D<sup>r</sup> DESCHAMPS est élue *membre correspondant national* de la Société Médico-psychologique.

### Election d'un membre associé étranger

Après lecture d'un rapport de M. COURBON au nom d'une Commission composée de MM. René CHARPENTIER, COURBON et FILLASSIER, il est procédé au vote sur la candidature de M. le D<sup>r</sup> Alberto BROCHADO, au titre de membre associé étranger.

|                         |    |
|-------------------------|----|
| Nombre de votants ..... | 20 |
| Majorité absolue .....  | 11 |

A obtenu :

|  |          |
|--|----------|
| M. le D <sup>r</sup> A. BROCHADO ..... | 20 voix. |
|--|----------|

M. le D<sup>r</sup> A. BROCHADO, de Porto, est élu *membre associé étranger* de la Société Médico-psychologique.

### Rapport de la Commission sur les Assistantes Sociales

A la demande des membres de la Commission, ce rapport est remis à une date ultérieure.

## COMMUNICATIONS

**Syndrome catatonique consécutif à une intolérance  
au novarsenobenzol, par M. AUBIN.**

Au cours de ces dernières années, l'expérimentation et les observations cliniques ont apporté, ici même, d'importantes précisions sur la nature et les conditions d'apparition du syndrome catatonique en dehors de la démence précoce.

Dans nombre de psychoses (mélancolie avec stupeur, démence sénile, etc.), d'infections et de toxi-infections (fièvre typhoïde, encéphalites, coli-bacilliose), on en a montré l'existence : néanmoins, certains auteurs refusent encore d'identifier la catalepsie toxique et la catatonie vraie (1), et c'est ce qui nous incite à verser au débat l'observation suivante :

S..., légionnaire, observé à l'hôpital de Fez.

Rien à signaler dans les antécédents, sauf :

En 1930, au Tonkin, chancre et série de novarsénobenzol (un 0,90). Pas d'accidents secondaires.

En 1931, à Tlemcen, nouveau traitement au 914 (deux 0,90).

En avril 1932, à Bel-Abbès, lésion en médaillon de la taille d'une pièce de 0,50 qui guérit avec une nouvelle série de novar.

En juin 1932, à Fez, apparition de douleurs dans le nez, élimination de fragments osseux provenant des fosses nasales, odeur infecte. Néanmoins, part en colonne.

En octobre 1932, angine diphtérique, sérothérapie intense. Paralyse, puis perforation du voile. Reçoit 15 injections de cyanure et 10 de bismuth ; à ce moment apparaît une gomme à l'angle externe de l'œil gauche.

En septembre 1933, au cours des Opérations dans l'Atlas, apparaissent, à la région sacro-iliaque, à droite et à gauche de la ligne médiane, deux ulcérations atteignant cinq centimètres de diamètre et au thorax d'autres gommès plus petites.

Le 24 octobre 1933, syphilides multiples du tronc, énormes ulcérations des fesses, perte de substance du rhino-pharynx, troubles visuels de l'œil gauche.

Le 5 novembre, 10 minutes après une injection de 0,60 de Novar, le malade est pris de violentes douleurs dans tout le corps, il se roule

(1) LELAND, E. HINSIE. — Analyse *Annales Médico-psychologiques*, juillet 1933, p. 255.

dans son lit tant il souffre, puis au bout d'un quart d'heure surviennent successivement des vomissements, une violente débacle intestinale avec sang, des épistaxis, et, deux heures plus tard, des hémorragies profuses au niveau des ulcérations cutanées ; température 40,8 ; pouls 108.

Nouvelles hémorragies le 7 novembre. Chute rapide de la température et du pouls.

Le 9, l'état général est amélioré, mais on observe de l'œdème de la face, des mains, des membres inférieurs, albuminurie. Tension normale, foie un peu gros et douloureux.

Le 13 novembre, albuminurie (1,20 ‰), hypochlorurie (5,85 ‰), urée à 0,80 ‰, Maillard 4,2. Présence de sang dans les urines. Hecht et Bordet-Wassermann +++ dans le sang.

Depuis le 7 novembre, la température et le pouls descendent progressivement ; la courbe thermique s'abaisse au-dessous de 37, puis de 36 ; les pulsations passent de 80 à 52. (Tous les renseignements ci-dessus m'ont été fournis par l'observation du Médecin-lieutenant Paléologue).

Le 22 novembre, vers 4 heures du matin, le malade se réveille, nous dit-il, avec une douleur généralisée ; il tremble, il n'a plus la force de faire un mouvement. Il est transféré dans notre service le soir même. Son teint est pâle, le faciès stuporeux, légèrement asymétrique, nous constaterons un peu plus tard plus nettement l'existence d'une paralysie faciale gauche ; léger strabisme divergent avec exophthalmie et regard fixé vers le bas.

Les réflexes ostéo-tendineux sont normaux et symétriques, le plantaire en flexion, etc. Liquide céphalo-rachidien normal.

La température est tombée à 35°1, le pouls est à 54.

Les ulcérations suppurent, l'haleine est d'une extrême fétidité.

Ce qui frappe immédiatement, c'est l'aspect catatonique de ce malade : il conserve deux ou trois minutes les attitudes qu'on lui fait prendre, puis, lentement, le membre mobilisé s'abandonne à la pesanteur ; les mouvements passifs donnent la classique impression de flexibilité cireuse, les gestes de flexion et d'extension du coude accompagnés à trois ou quatre reprises se poursuivent d'une manière automatique une dizaine de fois.

Le mutisme est à peu près total, ne s'interrompt que pour quelques paroles inintelligibles, mais la compréhension reste entière : les ordres sont exécutés et l'on remarque un certain degré de suggestibilité (ébauche de mouvements imitant ceux du médecin). Enfin, quelques grimaces et gestes stéréotypés, des rires et pleurs immotivés complètent ce tableau.

Dans la nuit, il est très excité ; ses cris empêchent tous les malades de la salle de dormir.

Le 23 et dans la matinée du 24, son mutisme est complet, le syndrome catatonique persiste.

A la contre-visite de l'après-midi, nous trouvons le malade enfoui

dans son oreiller. Brusquement, il s'accoude, puis s'assied : son visage s'est animé, son teint s'est un peu coloré et avec la plus grande aisance, il nous déclare spontanément : « Maintenant, ça va mieux ; j'ai cru que j'allais mourir ; en voyant circuler le pasteur (l'aumônier), j'ai pensé que c'était la fin. » Il se met à pleurer, puis de nouveau s'éclaire, sourit et nous donne des renseignements assez précis sur nos visites pendant la période de stupeur. Il est bien orienté, mais fait erreur dans l'appréciation de son séjour à l'hôpital. (Il pense y être depuis 4 jours alors qu'il n'est entré que 48 heures auparavant ; malgré notre rectification, six semaines plus tard, il fera la même erreur).

Le lendemain soir, la température qui était demeurée aux environs de 35° remonte brusquement à 36°4 et atteindra la normale une semaine plus tard. L'état général s'améliore avec une rapidité prodigieuse. La paralysie faciale disparaît.

Le psychisme pendant quelques jours encore présentera cette allure hypomaniaque ébauchée le 23 : euphorie avec brusques sautes d'humeur, dépressions fugaces, subexcitation, loquacité, hypermie, etc...

Il devient ensuite parfaitement normal.

Ces souvenirs de la période catatonique restent assez nets : il nous décrit avec exactitude son arrivée à l'hôpital, les préparatifs de la ponction lombaire, etc.

Par contre, un certain nombre de faits, sans charge affective pour lui, il est vrai, n'ont pas été fixés.

Il assure avoir voulu faire effort pour répondre à nos questions ; il les comprenait parfaitement, mais ne pouvait articuler un seul mot (en réalité, nous n'eûmes pas l'impression qu'il fit cet effort). Il avait des bourdonnements d'oreille, la gorge serrée, une oppression extrêmement pénible. Il avait peur de mourir. Un peu plus tard, il ne ressentit qu'un profond découragement, une grande envie de pleurer.

En résumé, ce sujet, qui a contracté la syphilis en 1930, présente les années suivantes, malgré le traitement ou plutôt en raison de traitements insuffisants, des lésions cutanées multiples et rhino-pharyngées ; en novembre 33, à la suite d'une injection de 0,60 de Néo., il fait une sévère réaction d'Herxheimer, puis, 17 jours plus tard, des accidents nerveux graves, accompagnés d'un syndrome catatonique typique, comme si cet effet toxique si particulier, et qui ne s'était nullement manifesté les années précédentes, avait exigé, pour se produire, une certaine limite de résistance de l'organisme, un certain taux d'affaiblissement du névraxe.

L'origine toxique de ce dernier épisode, son apparition brusque, son évolution rapide, en font un véritable exemple, chez



l'homme, de « catatonie expérimentale » ; une réserve toutefois serait à faire sur le rôle possible de l'infection spécifique réactivée, si de récents travaux n'avaient démontré la nature toxique des accidents nerveux (1).

### Délire d'analogie chez un Hindou, par M. AUBIN.

Le processus d'explication par analogie est fréquent, mais il n'est, dans la plupart des cas, qu'épisodique ou accessoire derrière un cortège prédominant de troubles sensoriels, d'interprétations, d'intuitions, de déductions ou d'inductions plus ou moins en marge des lois de la méthodologie.

Ce qui fait, pensons-nous, l'intérêt du cas que nous rapportons, c'est la précocité, la constance et, pourrait-on dire, la rigueur du raisonnement analogique utilisé. Dès le début et jusqu'au bout de l'épisode délirant, le malade construit son délire en suivant, d'une manière stricte, la légende qu'il a choisie pour thème.

Il s'agit d'un brahmanine casté, âgé de 33 ans, commis du Trésor, ancien élève du séminaire, qui fut conduit à l'hôpital colonial à la suite d'une fugue anxieuse qui lui a fait abandonner son poste et sa famille, porter plainte au Procureur de la République contre des malfaiteurs : ils ont envahi sa maison, l'ont démolie ; ils ont enlevé sa femme et commis des meurtres. Lui-même a été poursuivi avec des cris effrayants que couvraient des appels épouvantés, etc...

Le courant de la pensée est diffus, incertain ; le malade s'embrouille, perd le fil de ses idées.

Ce paroxysme sub-confusionnel s'apaise rapidement à l'hôpital et dès le lendemain il peut exposer avec ordre un délire dont voici le thème général.

Rappelons d'abord en quelques mots la légende du Ramayana dont s'est inspiré notre malade :

« Latchoumane, frère de Rama, avait coupé les oreilles à la sœur de Ravana, géant à dix têtes, roi de Ceylan ; ce dernier, pour se venger, enleva Sitté, femme de Rama. Après une série de luttes épiques et d'exploits prodigieux, et grâce au concours de Hanouman, roi des singes, Ravana fut vaincu et tué. »

(1) Ceux-ci peuvent se produire en dehors même de la syphilis, par exemple dans le traitement de l'angine de Vincent, et dans un délai de 12 heures à 70 jours ; l'examen anatomique montre une névrose périvasculaire avec foyers hémorragiques encéphalo-médullaires. (M. A. GLASER, C. P. et S. W. IERMAN : L'encéphalite et la myélite hémorragiques consécutives aux injections intra-veineuses d'arsénobenzol ; *The American Journal of the medical sciences*, janvier 1935).

« Dès le bas-âge de 7 ans, nous dit le malade dont nous conservons les savoureuses expressions, j'ai eu la passion de l'amour des femmes; à tel point que, dès ma sixième année, j'ai pu jouir en cette manière. Deux femmes qui ont manifesté le désir de m'aimer n'ont pas hésité à me céder pour avoir des relations; je les ai « bésées » en usant d'un peu d'énergie. J'ai commis d'autres adultères *par le cœur*. C'est le péché de Ravana, et, en expiation, il a eu son royaume et sa famille détruits.

« ...C'est ce qui se passera pour moi. Je suis Ravana. Rama, c'est mon beau-frère, Péroumatt ou Ramassamy; X... n'est autre que Lat-choumane. »

Sur ce thème sont brodés d'innombrables épisodes qui rendent son récit extrêmement embrouillé, d'autant plus qu'il utilise tantôt le nom réel d'un personnage de son entourage, tantôt celui de son correspondant mythologique.

A l'examen, il se présente à nous le plus souvent avec un faciès déprimé, la voix hésitante et fatiguée, pessimiste, découragé; il a parfois des raptus anxieux, tels que celui qui a motivé son hospitalisation et d'autres moins intenses que nous avons observés au cours des semaines suivantes.

Il cherche la correspondance entre toutes les langues qu'il connaît pour y retrouver les présages de son destin. Le chant des oiseaux, le cri des margouillats, des musaraignes et des crapauds est dicté par un magicien dont il recherche les intentions.

Scrupuleux, il se reproche des adultères d'intention (adultères par le cœur). Des *idées de destruction*, de *ruine* le hantent: (« Ma famille sera détruite, je serai dégradé dans la plus basse caste, celle des cordonniers »), et aussi des *idées d'auto-accusation* très particulières, bien imprégnées des idées religieuses de l'Inde: « J'ai dû commettre des péchés dans une vie antérieure... » Mais il sait en trouver aussi dans son existence actuelle: adultères réels, calomnies vis-à-vis d'un collègue qu'il a accusé d'avoir volé trois roupies à la caisse (« Ce n'est pas vrai, mais il en était capable »), alors que la seule faute de ce dernier est de l'avoir injurié, et, *peut-être*, d'avoir « volé la caisse de sa femme »

Des *illusions* et des *hallucinations* apparaissent au cours des bouffées paroxystiques, avec onirisme:

« J'entends A — A — A, ou — ou — ou. Des voix dans la rue me disent lorsque je suis couché: « Prenez ce voleur. » On court à toute vitesse, je cesse d'entendre. On pousse des cris qui peuvent entraîner la mort de quelqu'un, comme le dernier soupir d'un homme... J'ai entendu tant de bruits, cris effrayants, sifflements, appels, que je voulais me jeter dans un puits... Je suis comme Caïn; je vois partout ce que j'ai fait... Une sorte de magie me fait écrire. » (Impulsions graphiques ?)

A côté de tout cela, quelques éléments du caractère *paranoïaque* qui nous écartent de la mélancolie vraie :

« Tout le monde me veut du mal ; on est jaloux de moi, de ma situation, de ma culture... Je suis, malgré tout, une nature d'élite ; j'ai un bel avenir... J'ai étudié toutes les religions et toutes les philosophies... La police m'en veut ; on lui a fait signer des papiers contre moi... Je suis trop juste ; j'aurai, en compensation de mes malheurs et de mes mérites, une bonne naissance future. »

Son comportement est tantôt celui d'un mélancolique anxieux (agitation nocturne, fugues, humiliations : mendie, couche chez un non-casté) ; tantôt hypersthénique, agressif et violent, celui d'un paranoïaque.

Ce délire a évolué vers une rectification à peu près complète. Revu au bout de trois ans, N... était parfaitement calme et avait pu être réintégré dans les fonctions d'instituteur.

Somme toute, nous reconnaissons dans ce tableau : un syndrome dépressif indubitable avec paroxysmes anxieux teintés d'onirisme, et, d'autre part, des tendances paranoïaques du type sensitif de Kretschmer, et cet ensemble nous paraît entrer dans ce cadre de regroupement qu'est le délire d'interprétation hyposthénique (Capgras).

C'est sur ce terrain que ce délire a pu se développer ; les facteurs ethniques sont intervenus pour lui donner une forme un peu particulière qui surprend l'observateur occidental, mais qui est adéquate à la formation psychique du malade.

Connaissant l'ensemble des troubles observés, nous pouvons maintenant nous demander quelle est la nature et la valeur séméiologique de ce raisonnement analogique.

Nous savons le goût des Orientaux pour lui et son intervention dans un délire est un exemple significatif de l'aspect que peuvent prendre les psychoses dans des contrées de civilisation différente : la maladie reste la même, seules peuvent varier les apparences extérieures. Nous avons aux colonies vérifié ce fait bien souvent.

D'ailleurs, ces nuances que nous observons dans l'espace sont celles que l'on remarque dans le temps, et à ce propos je critiquais dans ma thèse (1) l'opposition classique depuis Magnan, entre « Délire du Moyen Age » et « Délire Moderne ». C'est une distinction purement morphologique et il est tout à fait inexact de réserver le premier aux arriérés et aux débiles chez lesquels le pronostic pourrait être différent. Le Délire du Moyen Age témoigne, non d'une infériorité psychique, mais d'un développement en un milieu voisin du « Primitif » (au sens de Lévy-Brühl). C'est un facteur purement sociologique.

Il y a précisément dans le raisonnement par analogie la marque évidente de certains caractères que M. Lévy-Brühl attribue à la Mentalité Primitive : confusion entre l'image et le modèle, entre le rêve

(1) Les délires de Métapsychique. Thèse de Bordeaux, 1927.

et la réalité, entre individus, objets et animaux mystiquement identiques (Totem).

C'est ainsi que notre malade explique les malheurs conjugaux dont il se croit atteint. Il nous dit : « Ma femme, Coquili, a été mordue par un chat, il y a 6 ans, elle est devenue chat elle-même. Moi, j'ai été mordu par un rat, donc je suis devenu rat. L'occasion venue, le chat Coquili a attrapé le rat N... »

Il n'y a encore là que symbolisation et croyance en la valeur d'un avertissement de la Providence, comme il nous l'explique.

Un pas de plus, et nous arrivons à l'identification par analogie entre le Mythe et l'histoire du malade, comme il le fait dans les bouffées délirantes.

A nos yeux d'Occidentaux, un tel mode de raisonnement nous paraît bien fragile et demande à chaque instant le contrôle de l'observation et de l'expérience. Nous avons vu que pour le Primitif il peut avoir une valeur absolue ; le psychisme de l'Indien, en général plus évolué, pourrait (surtout en dehors du domaine métaphysique) y reconnaître une nuance dubitative — supposition plus que certitude — qui paraît bien ici ne pas manquer.

Du point de vue séméiologique, il ne s'agit pas d'une simple variété d'interprétation (encore que ce mécanisme soit ici prédominant), mais d'une sorte de guide économique, de fil d'Ariane donnant immédiatement un sens précis et une valeur déterminée à tous les incidents de l'ambiance. Il devient ainsi non seulement l'instigateur d'interprétations délirantes, mais encore un système explicatif commun des troubles sensoriels, des intuitions, des états affectifs qu'il ressent.

C'est, somme toute, un élément d'organisation du délire, intervenant entre le complexe organo-idéo-affectif générateur de la psychose et le thème délirant.

Il nous paraît comparable en un sens aux paramnésies ; c'est une sorte de « déjà vécu », transposé, — vécu par les dieux, au lieu d'être vécu par le malade, — rapprochement flatteur pour sa vanité. Un degré de plus (et j'ai eu parfois l'impression qu'il a été franchi), et ce croyant fervent du « samsara », des réincarnations, se demandera s'il n'a pas été lui-même dans une vie antérieure, l'acteur divin de la légende.

En résumé, nous avons voulu mettre en évidence l'un des éléments ethniques pouvant intervenir dans la genèse d'un délire, en fixer le thème et en favoriser le développement-facteur intéressant à noter chez les Indigènes où les conceptions délirantes sont habituellement peu extensives (cf. Aubin. De quelques aspects des psychoses dans l'Inde. *Annales de Médecine et de Pharmacie Coloniales*, 1933).

## Etude clinique et pathogénique des hallucinations chez les ophtalmopathes, par MM. LHERMITTE et AJURIAGUERRA.

*Résumé.* — Six observations où l'on voit des hallucinations visuelles se développer chez des sujets atteints d'altérations du photo-récepteur, de nature et d'intensité assez diverses. Ces hallucinations ne comportent en elles-mêmes aucun caractère spécifique, tantôt, et le plus généralement, elles sont critiquées par le malade et identifiées, tantôt elles sont prises pour de la réalité. La lésion du photo-récepteur apparaît très variable, et le plus souvent le début de l'état hallucinatoire ne coïncide pas avec l'origine de la lésion ophtalmopathique. Nous soulignons ce double fait que les oscillations de l'état hallucinatoire correspondent souvent avec la survenance d'états toxico-infectieux ou de défaillance cardiaque, et que, le plus souvent, le système nerveux central n'est pas intact. La lésion du bulbe oculaire peut donc, dans une certaine mesure, diriger le processus hallucinatoire, mais elle ne nous semble pas capable à elle seule de le faire apparaître.

M. GUIRAUD. — Il me semble que les présentateurs atténuent trop l'importance de la lésion oculaire dans la genèse des hallucinations qu'ils nous décrivent.

Si, pour les hallucinations verbales des délirants, la discussion reste possible, pour les hallucinations des ophtalmopathes, la plupart du temps conscientes, brillantes, mobiles, on doit distinguer deux éléments : 1° une esthésie ou sensation anormale ; 2° un mécanisme d'identification excessif qui déforme cette esthésie et la transforme en visages, animaux, vêtements brillants, etc.

Dans ce cas, l'esthésie semble bien avoir pour cause les lésions du globe oculaire, ses caractères colorés, scintillants, mobiles semblent assez démonstratifs. Je rappelle qu'à la dernière séance, M. Marchand a présenté des dessins d'une épileptique figurant ses hallucinations visuelles transitoires ; sur la plupart d'entre eux, le fond est constitué par une sorte de damier qui, par places, se transforme en visages ou personnages ; or, beaucoup de phosphènes rétinien sont constitués également par une sorte de damier ou de dessin en nid d'abeilles. Sur cette trame, l'imagination du malade applique diverses images, comme elle peut le faire sur des nuages ou des taches d'encre. A parler strictement, les hallucinations des ophtalmopathes sont des illusions dans lesquelles la sensation est provoquée par un excitant pathologique. La plupart des malades atteints de ces hallucinations sont



des vieillards. On sait la fréquence des hallucinations visuelles pendant la vieillesse.

M. MARCHAND. — Chez l'épileptique présentée à la dernière séance de la Société, à laquelle M. Guiraud fait allusion, les visions projetées et dessinées ont consisté, dès le début de leur production, il y a une dizaine d'années, en personnages, en animaux. Ce n'est que depuis peu de temps que, sur les dessins, on note des petits cloisonnements, des triangles, des quadrilatères. Ces phénomènes hallucinatoires ne surviennent qu'avant et après les accidents comitiaux. Je les considère comme ayant une origine centrale, sans aucun rapport avec des phosphènes dus à une ophtalmopathie.

M. PORC'HER. — Je ne crois pas qu'il faille opposer, comme le fait M. Guiraud, dans l'hallucination, l'excitation périphérique, à la construction psychologique centrale. L'hallucination est un tout né du psychisme. Head raconte avoir objectivement recherché l'état de la sensibilité de tous les sujets d'un hôpital dont l'agitation hallucinatoire avait nécessité l'appel du médecin de garde, et avoir toujours constaté l'existence de zones hypéresthésiées, soit dans le territoire du trijumeau, soit dans d'autres territoires sensitifs. Ces hypéresthésies avaient une condition centrale et non périphérique, cette condition était l'état hallucinatoire, semble-t-il.

M. GUIRAUD. — Quand il s'agit d'irritation de la calcarine, l'esthésie est d'origine centrale ; mais quand il s'agit de lésions oculaires, elle est périphérique et diffère simplement de la sensation normale, parce qu'elle résulte d'un excitant anormal.

M. COURBON. — Je suis tout à fait de l'avis de M. Guiraud sur le mécanisme de l'hallucination des ophtalmopathes. Et je pense avec M. Lhermitte que, sans la coexistence d'une prédisposition mentale particulière, une lésion de l'œil ou des voies optiques ne produit pas d'hallucinations.

Ces malades de l'organe de la vue qui ont des visions sont à rapprocher des malades de l'organe de l'ouïe qui ont des voix. Ceux-ci sont beaucoup moins rares qu'on ne le suppose. Et Régis insistait sur la fréquence des imperfections de l'ouïe chez les psychopathes atteints d'hallucinations auditives.

La perturbation sensorielle déclenche le phénomène psychologique de l'hallucination, quand existe l'aptitude à ce phénomène. Cette aptitude a sa condition biologique ailleurs que dans la lésion de l'organe des sens. La sénilité, l'artériosclérose, l'intoxi-

cation semblent être, chez les malades de M. Lhermitte, les éléments importants de cette condition biologique. Mais il y en a d'autres, d'origine peut-être constitutionnelle.

M. GEORGES DUMAS. — Si l'occlusion des yeux est sans influence sur les visions perçues par les malades, si elles persistent à ce moment, c'est bien la preuve de l'insignifiance relative du rôle des lésions oculaires.

M. LHERMITTE. — Trois ordres de facteurs importants sont à retenir dans l'étiologie du phénomène observé chez nos malades : le facteur physique : âge avancé, lésion organique du système nerveux, épisode fébrile toxi-infectieux ou cardiaque ; le facteur sexe : ce ne sont que des femmes et notre service se compose d'autant d'hommes que de femmes ; le facteur nycthémeral. A l'heure du crépuscule, un état de somnolence a tendance à s'installer et les hallucinations qui apparaissent sont comparables aux hallucinations hypnagogiques de la période de l'endormissement normal.

M. COURBON. — Si ces hallucinations consécutives à des ophthalmopathies ne se rencontrent que chez les femmes, n'est-ce pas dans une particularité de la mentalité féminine qu'il faut en chercher la cause ? L'imagination de la femme est incontestablement beaucoup plus vive que celle de l'homme. Il serait intéressant de savoir, si, préalablement à toute maladie des yeux, les femmes observées par l'auteur n'avaient pas, comme caractère psychologique commun, d'être douées d'imagination représentative comme le sont beaucoup d'artistes. La malade présentée à la dernière séance par M. Marchand avait un tempérament d'artiste.

M. LHERMITTE. — Nous n'avons pas, sur le passé de nos malades, de renseignements permettant d'affirmer chez elles l'existence ou la non existence de ce tempérament.

M. GEORGES DUMAS. — Sans avoir à invoquer la somnolence, la pénombre peut provoquer chez un individu normal des illusions visuelles, extrêmement nombreuses. En se promenant à la campagne au crépuscule, on peut voir apparaître dans le paysage maintes formes, maints spectacles animés.

M. COURBON. — Ces illusions de la demi-obscurité sont à la base des terreurs pantophobiques des alcooliques, maintenus dans des chambres non éclairées. Magnan insistait sur l'importance d'un très grand éclairage dans les infirmeries et sur les effets sédatifs de la lumière chez les hallucinés par toxi-infection.

M. PICARD. — L'étude des hallucinations visuelles chez les ophtalmopathes constitue un véritable champ d'études privilégié des mécanismes de l'activité hallucinatoire, car elle nous permet d'apprécier les relations qui existent entre des perturbations élémentaires d'une plus ou moins forte sensorialité et les remaniements psychiques qui les accompagnent. Il est sans doute inutile de faire intervenir constamment un facteur cérébral lésionnel surajouté, facteur qui ne paraît guère probable lorsqu'il s'agit de cataractes traumatiques ou de décollement de la rétine par exemple. Dans ces cas, le siège de l'esthésie primitive paraît devoir être strictement localisé à la périphérie oculaire et seules des perturbations cérébrales fonctionnelles peuvent jouer un rôle favorisant dans le développement du phénomène. Il est déjà assez curieux de constater que ce sont les phénomènes de forte sensorialité (phosphènes éclatants) qui ont le moins de tendance à s'imposer à la croyance délirante durable. Par contre, les éléments simples ou peu colorés sont générateurs de transfigurations symboliques plus accusées. C'était le cas d'une malade dont nous avons rapporté, avec Targowla, l'observation et qui, après avoir vu dans son champ aveugle, des chutes d'ombres, a fini par les préciser peu à peu dans le sens même de ses tendances instinctives affectives et à déceler un jour, devant nous, deux tombes, deux croix et une chapelle funéraire, le tout surmonté des silhouettes très nettes des objets de sa haine familiale. Les choses se passent comme si les pulsions inconscientes remplissaient le champ libéré par la lésion et habillaient des phénomènes élémentaires à la manière de l'épreuve de Rorschach. L'on ne saurait dépouiller qu'artificiellement ces représentations hallucinatoires de leur valeur psychologique. Dans son auto-observation, Pick avait admirablement noté l'influence des souvenirs ou des préoccupations du moment sur le contenu de ses visions pathologiques. Comment concevoir autrement que des hallucinations visuelles grammaticales et verbales dues à un décollement de la rétine se fassent en tchèque ? ou expliquer l'observation du même genre produite par Cuel et Favory ? Par un paradoxe tout apparent, ce sont les représentations les plus vives (hallucinations lilliputiennes polychrômes, défilés d'images rapides très colorées, etc.) qui nous paraissent les plus illusionnelles, c'est-à-dire les plus propres à une rectification correctrice des jugements. Toutefois, leur apparente saugrenuité n'est, pas plus que dans les obsessions absurdes, la preuve d'un anidéisme. Mais des facteurs de rythme, de fréquence, d'intensité, de complexité, d'images interviennent. D'autre part, le terrain cérébral

n'est pas indifférent. Pour « halluciner », comme pour être sujet à des obsessions, il y a lieu de supposer un terrain cérébral préparé, de ces dissolutions, passagères ou permanentes, de certaines fonctions supérieures, dissolution que réalisent expérimentalement les toxiques dits hallucinogènes et que des états physiologiques très voisins de la normale peuvent fort bien réaliser.

M. LHERMITTE. — Nous sommes donc tous d'accord pour affirmer que l'hallucination est un phénomène complexe, dans l'apparition duquel la lésion périphérique de l'ophtalmopathie n'a qu'un rôle secondaire ; elle n'est qu'un élément directeur du processus mental.

**Syndrôme d'Adie transitoire, anémie et parkinsonisme fruste au cours d'une confusion mentale subaiguë avec lymphocytose rachidienne, par MM. Georges PETIT et Jacques DELMOND.**

Nous avons déjà eu l'honneur de rapporter, devant cette Société (1), l'observation d'une malade ayant présenté un syndrome de Korsakoff associé à de très nombreux symptômes neuro-végétatifs paraissant indiquer une atteinte infundibulo-tubérienne. Au premier plan de ce syndrome organique complexe, nous avons noté une anémie de type pernicieux et des modifications pupillaires très particulières, du type « myotonique ».

Il nous a été donné d'observer, une seconde fois, l'association de troubles mentaux, à caractère confusionnel, avec une aréflexie tendineuse et des pupilles toniques. Dans ce nouveau cas, s'ajoutait également, à une riche symptomatologie neuro-végétative, une anémie assez marquée ; cependant que des signes de parkinsonisme venaient encore compliquer le tableau clinique.

Remarquons tout de suite que, dans la présente observation, l'état des pupilles de notre malade ne nous parut pas tout d'abord répondre à la description qui fut donnée, dès 1902, par Strassburger et par Saenger (2), avec quelques variations, d'une pupille généralement en mydriase, se contractant et se décontractant lentement, mais complètement, à l'accommodation-convergence, moins complètement à la lumière. Dans notre cas, les

(1) PETIT (G.) et DELMOND (J.). — Syndrome d'Adie et syndrome neuro-anémique à type de psychose polynévritique. Amélioration par la méthode de Castle. *Soc. Méd.-Psych.*, 27 janvier 1936 ; *Ann. Méd.-Psych.*, pp. 106-113.

(2) STRASSBURGER, SAENGER. — *Neurol. Zentralblatt.*, XXI, 1902, pp. 738-837-1052-1137.



pupilles étaient de faible dimension ; l'une d'elles était même en miosis et presque insensible à la lumière, l'autre effectuant la contraction tonique. Nul n'aurait hésité à parler d'un signe d'Argyll-Robertson. Sous ce rapport, notre cas nous semble très voisin de celui publié par Merklen, Israël et Klein (1), sous le nom de maladie d'Adie. Mais, de même que, dans le plus grand nombre des observations originales de W.-J. Adie (13 sur 19), ce trouble est associé, chez notre malade, à l'aréflexie tendineuse ; cependant qu'il n'existe aucun signe de syphilis dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien. Il nous paraît donc légitime de maintenir le terme de syndrome d'Adie à cette association de troubles « toniques » de la contraction pupillaire et d'abolition des réflexes tendineux.

OBSERVATION. — Mme X..., couturière, 48 ans.

On ne note rien de particulier dans les antécédents héréditaires et collatéraux ; rien de spécial, non plus, au point de vue nerveux dans les antécédents personnels, sauf en 1919, où Mme X... aurait souffert de violents maux de tête, à la suite d'angines. Aménorrhée depuis mai 1935.

En juillet 1935, on remarque que Mme X... devient émotive et irritable ; elle aurait même présenté des « crises de nerfs » à la suite de discussions familiales pour affaires. Elle aurait également éprouvé, à cette époque, dans les membres inférieurs et surtout à droite, des « crampes » assez violentes pour l'obliger à garder la chambre.

Depuis le début de septembre, Mme X... accusait une extrême fatigue, était devenue triste et pensive ; son entourage avait noté que, parfois, son regard devenait fixe et qu'elle riait seule et sans motifs.

Le 19 septembre 1935, Mme X... se rend chez son médecin habituel, dans un état d'anxiété très vive, lui demandant d'abord : « Qu'est-ce qui se passe ?... Que va-t-il arriver ? » Puis, elle lui fait brusquement une déclaration amoureuse, lui disant avoir compris ses avances. Le médecin se débarrasse difficilement de la malade et prévient la famille. Mais, livrée à elle-même, Mme X... fait une fugue de vingt-quatre heures, passe la nuit dehors, errant à plusieurs kilomètres de sa demeure dans un état quasi confusionnel (fausses reconnaissances) ; elle rentre, enfin, harassée à son domicile, où elle s'endort pendant vingt-quatre heures. Le lendemain, la confusion paraissant plus accentuée et la malade ayant uriné au lit, elle est conduite à l'Hôpital Henri-Rousselle.

On observe, alors, *au point de vue psychique*, un état d'agitation confusionnelle, avec désorientation, réponses pauvres, actes désor-

(1) MERKLEN, ISRAËL et KLEIN. — A propos d'un cas de maladie d'Adie. Réflexe pupillaire à la lumière aboli d'un côté et « tonique » de l'autre. Réunion Neurologique de Strasbourg, 7 juillet 1934.



donnés (la malade se met à genoux, se dénude), idées vagues de persécution et d'influence : on lui commande ses actes et ses pensées, on lui « fait des courants électriques », on l'excite et on la pousse à s'exciter, etc... *Au point de vue somatique*, on remarque, outre une *glycosurie* à 9 gr. par litre, avec *acétonurie*, *albuminurie*, et *urobilinurie* légères, une *lymphocytose* notable (8 lymphocytes par mm<sup>3</sup>) du liquide céphalo-rachidien avec albumine normale (0,18). Les autres examens biologiques (Bordet-Wassermann, Pandey, Benjoin, etc.) se montrent négatifs.

A Ville-Evrard, où la malade est admise au début d'octobre 1935, nous observons le tableau clinique suivant :

*Au point de vue mental*, la *confusion* se montre très accusée, avec excitation psycho-motrice, sentiment d'étrangeté et d'influence, sourires et rires immotivés, insomnie ou sentiment d'un sommeil anormal. Hallucinations multiples. Sensations d'électrisation généralisée, « comme un courant continu », avec paroxysmes qui lui parcourent le corps, plus accentués pendant la nuit : si bien que la malade pense qu'elle subit un traitement électrique.

*Au point de vue physique*, on note une *abolition complète des réflexes rotuliens, achilléens, et médio-plantaires des deux côtés*, avec conservation des réflexes abdominaux. Hypoesthésie du membre inférieur droit. Les *pupilles* sont de faibles dimensions, aux environs de 3 mm. inégales (pupille droite plus grande que la pupille gauche), déformées, irrégulières et se contractent très lentement à la lumière comme à l'accommodation. Nombreuses salves de nictitation.

Mme X... continue à uriner au lit pendant la nuit jusqu'au 20 octobre. A cette époque, cependant que la confusion disparaît progressivement, la malade présente encore, pendant quelques jours, des hallucinations de l'ouïe, de caractère indifférent, avoue ressentir toujours des sensations électriques, ainsi que des sensations agréables au niveau des parties sexuelles.

Une nouvelle ponction lombaire montre la *disparition de la lymphocytose* et n'indique pas non plus d'autres signes anormaux. Bordet-Wassermann, Kahn et Meinicke dans le sang également négatifs.

*L'examen hématologique* indique au contraire une hypoglobulie à 3.300.000 hématies, avec présence de myélocytes neutrophiles. Polynucléaires neutrophiles 50 % ; éosinophiles 0,6 % ; mononucléaires 47 % (lymphos 21 %, moyens monos 18,8, grands monos 21 %).

Nous instituons un traitement par des extraits opothérapiques (hépatiques, spléniques et ovariens), et nous assistons à une amélioration rapide de l'état psychique ; si bien, qu'en décembre 1935, la malade pouvait être considérée comme normale au point de vue mental. Néanmoins, à cette époque, elle présentait encore, au point de vue organique, des crises de *tachycardie* à 120, avec palpitations douloureuses, des *troubles vaso-moteurs* brusques de la face, de la région cervicale à droite et du membre supérieur droit, où apparut

pendant quelques jours, en fin décembre 1935, une *éruption vésiculopustuleuse, à topographie radiculaire*. Cette éruption se reproduisit, atténuée toutefois, en janvier 1936.

A cette époque, on pouvait noter, également, un *tremblement vibratoire intense du membre supérieur droit*, avec *hypertonie* considérable de ce membre, signe de la crémaillère et signe de Froment très accusés, diminution des mouvements automatiques pendant la marche. Par ailleurs, les signes oculo-pupillaires avaient sensiblement régressé : les pupilles étaient revenues à un diamètre sensiblement normal, mais tenaient mal la contraction. Il persistait encore des crises fréquentes de nictitation. Le fond d'œil a toujours été normal. Les réflexes achilléens demeuraient abolis, cependant qu'on notait également une tachycardie persistante à 88-92.

*En résumé*, au cours d'un état confusionnel et hallucinatoire transitoire survenu chez une femme de 48 ans, indemne de tout antécédent pathologique, nous avons pu observer un syndrome d'Adie (pupille « tonique », aréflexie tendineuse, absence de signes humoraux de syphilis), associé également à une anémie notable et s'accompagnant, outre une lymphocytose rachidienne légère et transitoire, de parkinsonisme fruste et de troubles cœnesthésiques et vaso-moteurs de type dit « sympathique ».

Ainsi, nous avons pu voir groupés, au cours et au décours d'un état psychopathique polymorphe à prédominance surtout confusionnelle et hallucinatoire, un certain nombre de symptômes dits « sympathiques » qui paraissent traduire un déséquilibre neuro-végétatif complexe. Ce désordre végétatif s'est encore manifesté par des troubles de la motilité irienne, qui ont réalisé : du côté droit, l'état « tonique » de la pupille (toutefois sans mydriase) ; du côté gauche, le miosis, avec insensibilité presque complète à la lumière. L'ensemble de ce tableau psycho-organique s'est suffisamment amélioré pour permettre la sortie de la malade, parfaitement rétablie au point de vue mental. Mais d'autres signes semblent indiquer, chez notre malade, une persistance du processus pathologique en des points localisés du névraxe, carrefours sous-corticaux de voies motrices, de voies et de centres végétatifs, qui sont si fréquemment lésés, comme on le sait, par des infections ou intoxications à affinités neurotropes. L'existence de l'anémie (de type pernicieux, bien que modérée), de l'aréflexie tendineuse persistante, enfin, les signes de parkinsonisme que nous avons relevés et que la malade présentait encore lors de nos derniers examens, plaident en faveur de ce processus.

Nous ne reviendrons pas sur ce qui a été dit, déjà, du syn-

drome d'Adie, en tant que symptomatique d'un trouble du système nerveux de la vie végétative. Un rapprochement intéressant a été proposé, par les auteurs allemands, entre la pupille tonique et les diverses myotonies ; et c'est à quoi prétend le terme « myotonische Pupillen » employé, depuis Saenger, par Nonne, Oloff, Von Domarus et par Jelliffe (« myotonics pupils »). Il est, également, intéressant de noter que, pour Smith, Ely Jelliffe et White, les myotonies relèvent d'une perte générale du contrôle du système para-sympathique.

Laissant de côté ces conceptions du syndrome, qui font peut-être figure, à l'heure actuelle, d'approximations hâtives, nous voudrions plutôt attirer l'attention sur les signes particuliers qui ont accompagné le syndrome d'Adie chez cette malade et dans l'observation que nous avons précédemment rapportée : à savoir, les *modifications hématologiques*, dans les deux cas ; les *symptômes extra-pyramidaux*, dans le cas présent.

Le groupement de ces signes organiques nous paraît permettre le rapprochement avec d'autres observations publiées par l'un de nous, et notamment, avec un cas relaté dans la thèse de Mlle Martrille (1), et que nous résumerons très rapidement ici :

Développement, chez une jeune fille de 27 ans, de troubles du caractère et de l'humeur, puis d'un état d'agitation confusionnelle nocturne avec prostration diurne, auquel succède un syndrome de stupeur catatonique, tandis qu'apparaissent des troubles organiques multiples : tremblement, myoclonies, parkinsonisme, paraplégie en flexion (avec, d'abord, exagération, puis abolition des réflexes tendineux), enfin, troubles oculaires variés : strabisme transitoire, mydriase unilatérale, avec paresse notable du réflexe à la lumière. Cet état évolua, à l'inverse du cas présent, vers une cachexie progressive.

D'évolution plus favorable, fut le cas publié par l'un de nous (2) où l'on constatait, également, l'association de signes parkinsoniens (hypertonie, tremblement, myoclonies, crises oculogyres, etc.) à des troubles mentaux polymorphes et à une anémie caractérisée.

La coexistence, chez un même malade, de parkinsonisme et d'anémie grave nous a paru très rarement rapportée dans la litté-

(1) MARTRILLE (Mlle D.). — Sur quelques cas de paraplégies associées à des syndromes mentaux. *Thèse de Paris*, Jouve éd., 1931, p. 24.

(2) PETIT (G.) et MARTRILLE (Mlle D.). — Anémie, paraplégie et syndrome hémiphéreno-catatonique. *Ann. Méd.-Psych.*, février 1931.

rature psychiatrique. Deux auteurs américains, Sidney et Robert Schwab, viennent tout récemment de signaler cette association (1), et ils la considèrent comme exceptionnelle, ne l'ayant vue mentionnée, incidemment, que dans un seul cas d'anémie pernicieuse, par Wilkinson. Les auteurs pensent cependant qu'il ne s'agit pas là d'une simple coïncidence, et qu'une étiologie commune peut être invoquée. Nous avons abouti aux mêmes conclusions, en ce qui concerne notre précédente observation de syndrome d'Adie associé à des troubles neuro-anémiques.

Dans le même ordre de faits, nous voyons, dans un cas très intéressant rapporté par Paviot et Dechaume (2), l'anémie pernicieuse accompagner un cortège de troubles (céphalées, troubles de la vue et de la régulation hynique, avec sommeil incoercible), qui ont conduit les auteurs à poser le diagnostic étiologique de « névraxite à virus neurotrope ». Cette atteinte infectieuse serait, pour Paviot et Dechaume, à l'origine d'une « maladie de système, le système réticulo-endothélial » ; celui-ci serait à la fois touché dans sa fonction hématopoïétique, d'où anémie, et dans sa fonction de métabolisme des lipides, d'où les démyélinisations dégénératives observées par les auteurs au niveau des noyaux pallidaux et infundibulo-tubériens.

Ainsi, se multiplient les observations où l'attention est ramenée de plus en plus par les faits sur les fonctions complexes assumées par ces centres diencephaliques. Les altérations au niveau de l'hypothalamus et de l'infundibulo-tuber, ont encore été constatées dans des cas où existait une anémie considérable, par Lhermitte, Worms et Ajuriaguerra (3) et par Davison et Selby (4).

La région hypothalamique, siège de multiples fonctions végétatives, paraît également tenir sous sa dépendance la coordination des mouvements pupillaires, ainsi qu'il résulte des expériences poursuivies depuis plusieurs années par Ranson et ses collaborateurs (5). Dans ces expériences, l'excitation de l'aire latérale hypothalamique provoque constamment la dilatation

(1) SCHWAB (S.) et SCHWAB (R.). — Pernicious Anemia and combined system disease with Diabetes mellitus and parkinsonian syndrome. *Arch. of Neurol. et Psych.*, XXXV, 126, janv. 1936.

(2) PAVIOT et DECHAUME (J.). — *Bull. Acad. Méd.*, CIX, 1933, p. 102.

(3) LHERMITTE, WORMS et AJURIAGUERRA. — *Réunion neurologique internationale*, 1934 ; *Revue Neurologique*, juin 1934, p. 948.

(4) DAVISON (Charles) et SELBY (N.-E.). — *Arch. of Neurol. et Psych.*, XXXIII, 570, mars 1935.

(5) RANSON (S. W) et MAGOUN (H. W.). — *Arch. of Neurol. et Psych.*, juin et déc. 1933. RANSON, KABAT et MAGOUN (*ibid.*, XXXIII, 467, mars 1935).



pupillaire, avec les signes habituels qui accompagnent les états émotionnels.

Ainsi, cette nouvelle observation, où nous voyons, associés à des troubles mentaux passagers d'ordre confusionnel et hallucinatoire, des signes organiques si particuliers (syndrome d'Adie transitoire, anémie, parkinsonisme, troubles neuro-végétatifs variés, etc.), nous paraît-elle plaider encore en faveur d'une étiologie et d'une pathogénie que nous avons déjà maintes fois exprimée : à savoir, l'atteinte des centres diencephaliques, l'altération plus ou moins persistante des régions infundibulo-tubériennes et hypothalamiques par une infection neurotrope, d'allure et de type névraxitique, dont on connaît la particulière prédilection pour cette partie du névraxe.

M. GUIRAUD. — Je me demande si les auteurs n'étendent pas trop la conception du syndrome d'Adie. Dans leur première observation, les réflexes sont bien abolis aux membres inférieurs, mais il s'agit de polynévrite et l'état des réflexes des membres supérieurs n'est pas signalé. On ne peut retenir, dans ce cas, que la pupille tonique.

Dans l'observation présente, le syndrome a été transitoire et les pupilles sont en miosis, ce qui est contraire à la définition de la pupille tonique. Si je me rappelle bien les descriptions des auteurs, l'aréflexie est totale dans beaucoup de cas et le syndrome permanent avec des variations d'intensité.

M. DELMOND. — Nous nous référons aux descriptions originales d'Adie (Brain, LV : 82, 1932). Il existe des formes incomplètes du syndrome. Il est rare que les réflexes tendineux des membres supérieurs soient abolis (il en est de même dans les polynévrites). Dans le second cas, une seule des pupilles est relativement en miosis. La régression des symptômes anormaux fut particulièrement grande dans ce cas.

**Procédés de défense sensorielle chez un persécuté**, par MM. LAIGNEL-LAVASTINE, Jean VINCHON, Georges d'HEUCQUEVILLE et J.-J. SAMBRON.

Notre malade, que nous appellerons Nestor, est âgé de 73 ans, retraité de la Ville de Paris. Il n'accuse nul antécédent notable. Son père est mort à 68 ans, sa mère à 45, il ne sait plus dans quelles circonstances. Il a deux enfants de 42 et 40 ans, bien portants. Il est veuf, sa femme ayant succombé à une néoplasie abdominale, il y a 8 ans.



Depuis lors, il est devenu sourd. Depuis 7 ans, en outre, il présente des idées de persécution.

Actuellement, il les extériorise, systématisées autour d'un persécuteur unique, qu'il appelle *Xantos*.

Xantos, sa victime ne le décrit pas. Nestor a entendu prononcer son nom à la mairie. Xantos est Grec ; il a fait son service dans la Légion. Au début des persécutions, Xantos ignorait le français, mais il l'a appris dans ses conversations continues avec sa victime. Xantos a dû travailler autrefois dans la menuiserie. A présent, il appartient à la « Secrète » et il en vit.

Xantos est apparu dans la vie de notre malade, il y a 7 ans. Un jour, Nestor entend, dans la cour voisine, un bruit retentissant, puis une pompe se met « en batterie », et il ressent dans les oreilles un violent courant d'air. (Rappelons qu'à cette époque, il entraînait dans la surdité).

Puis, les faits se renouvellent ; aux courants d'air se substituent des courants électriques, l'air attirant l'électricité, explique Nestor, c'est normal. Ces courants pénètrent par les oreilles, et aussi par les yeux, traversent la tête et se propagent au corps tout entier.

Le courant était emprunté, à l'origine, au fil du tramway, d'où il se détachait en pluie de feu, et venait atteindre Nestor derrière les vitres. Depuis la suppression des tramways, Xantos produit lui-même le courant, grâce à une petite génératrice qu'il porte à la ceinture : le malade l'y a vue.

Contre les persécutions, Nestor a réagi d'abord par les moyens classiques. Il se plaint au commissaire de police, qui l'envoie à l'Hôpital Henri-Rousselle. On lui impose une ponction lombaire, mais les courants continuent. Il expose ses griefs à son député, mais n'obtient que des promesses. Il a pensé écrire au Président de la République, mais instruit par l'expérience de la ponction lombaire, il s'en est abstenu jusqu'à présent.

Il passe à l'action directe, d'abord symbolique (il dépose une grosse pierre devant la porte de Xantos), puis agressive : il lance des cailloux, brise une vitre, injurie le persécuteur à travers les murailles de son domicile. A son tour, il est l'objet d'une plainte et interné pendant 3 mois, à Sainte-Anne, puis à Ville-Evrard.

Depuis lors, il recourt à la fuite et à la défense passive. Il quitte même Paris, et se fixe à Saint-Dizier ; mais là, au hasard d'une course en autobus, il rencontre Xantos et entrevoit sa machine électrique, fixée à la ceinture.

Il revient de Saint-Dizier à Paris, déménage à plusieurs repri-

ses. Il erre tout le jour dans les rues pour fuir son persécuteur. Car celui-ci, à présent, le suit partout en lui parlant. Ils conversent ensemble. Xantos le raille, énonce et critique tous ses gestes, et le malade répond sur le même ton.

Sa défense passive comporte un arsenal judicieux. Nestor conserve en permanence dans sa poche des bouchons de coton, prolongés par un long fil de fer permettant l'écoulement du courant. Il introduit ces fils dans ses conduits auditifs quand il sent le courant s'établir. Il a construit un isolant, pour protéger les yeux, épingle à cheveux portant un caoutchouc, qu'il glisse sous la paupière.

Mais il faut encore éliminer le courant qui aurait réussi à pénétrer dans l'organisme. Notre malade a remarqué qu'il s'en écoulait par l'urine et les matières fécales : il le perçoit au passage. Aussi recourt-il aux purgatifs et aux diurétiques.

A l'examen, ce malade montre une parfaite bonne grâce. Il est euphorique, content de lui, satisfait de pouvoir opposer un mépris souriant aux persécutions de Xantos. Il a pris son parti de ce parasitisme et déclare avec philosophie que Xantos sera bien attrapé quand lui, la victime, sera mort.

Ce malade est très sourd. De plus, ses propos sont assez diffus, ses raisonnements assez relâchés.

Mais, dans l'ordre physique, les indices de sclérose sont extrêmement discrets : tension artérielle : 14-8 ; réflexes tendineux normaux ; azotémie : 0 gr. 30 ; cholestérolémie un peu augmentée : 3 gr. 60 par litre de sérum.

Nous avons demandé un examen ophtalmologique, qui a montré une légère inégalité pupillaire, avec un peu d'irrégularité des pupilles, mais aucune lésion traumatique due au contact de l'isolant.

L'examen oto-rhino-laryngologique révèle la présence d'une otite et d'une rhinite chroniques. Hypo-acousie surtout marquée à droite. Appareil vestibulaire normal. Perforation ancienne du tympan droit, rétraction du tympan gauche.

Nous n'avons pu préciser si la perforation résulte d'une suppuration ancienne ou des manœuvres traumatisantes de l'appareil protecteur. Mais il existe un rapport manifeste entre les lésions de l'appareil auditif et les sensations anormales qualifiées d'« *électriques* » par le sujet.

Du point de vue nosographique, notre malade ne se présente nullement comme un paranoïaque, ni comme un délirant chronique halluciné classique. L'affaiblissement psychique, l'excitation légère, les troubles auditifs subjectifs, peut-être quelques fausses reconnaissances, sont à la base du délire.

**Contribution à l'étude pathogénique des formes frustes de neurosyphilis. — Paludisme et syphilis, par M. J. DUBLINEAU.**

Le paludisme n'empêche pas un syphilitique de devenir plus tard paralytique général. Nous ne reviendrons pas sur les discussions que cette question a pu soulever. Quand la paralysie générale était encore peu connue dans les pays d'Orient, on avait invoqué, en dehors des questions de dermatropisme, le rôle prophylactique du paludisme endémique pour expliquer la disproportion entre la grande fréquence de la syphilis et la rareté de la neuro-syphilis. Depuis que celle-ci est facilement dépistée par les examens biologiques, ces explications paraissent ne plus avoir de raison d'être. Mashar Osman (1), Fribourg-Blanc (2), Dorolle (3) sont revenus récemment sur ce point.

Pourtant, Massias (4), à propos de la neuro-syphilis en Indochine, faisait observer récemment que, pour fréquente qu'elle soit, elle est tout de même relativement rare par rapport à l'énorme quantité de syphilitiques.

En ce qui nous concerne, l'étude systématique des formes frustes de syphilis nerveuse nous a amené à constater la coïncidence fréquente de telles formes et d'une atteinte malarique antérieure. Sans empêcher l'apparition d'une détermination nerveuse, le paludisme ne peut-il atténuer la virulence du tréponème, en favorisant l'apparition d'une forme dégradée, moins grave au point de vue vital, que la paralysie générale, et, cliniquement d'ailleurs, beaucoup moins typique ?

Nous avons déjà publié, à diverses reprises, des observations de ce genre : résumons-les rapidement ici :

OBSERVATION I (5). — K... Délire mégalomane sénile. Syphilis à 18 ans, peu traitée. Paludisme quelques mois plus tard au Tonkin. Réactions sérologiques actuelles subpositives dans le sang, liminaires dans le liquide céphalo-rachidien.

OBS. II (6). — Du... Etat démentiel simple. Paludisme à Salonique ; syphilis méconnue, mais réactions sérologiques subpositives dans le

(1) *Congr. al. et n. l. f. de Bruxelles*, 1935.

(2) *Ibid.*

(3) *Bull. Acad. Méd.*, janv. 1936.

(4) *Ann. Derm. et Syphil.*, 1935, p. 97.

(5) DUBLINEAU et TARBOURIECH. — *Réunion médico-chir. des Hôp. de Lille*, févr. 1936.

(6) DUBLINEAU et PICHAULT. — *Réunion médico-chir. des Hôp. de Lille*, févr. 1936.

sang. Réactions liquidienne liminaires à plusieurs examens, puis apparition d'un Bordet-Wassermann ++ dans le liquide céphalo-rachidien.

OBS. III (1). — Do... Affaiblissement. Syphilis en 1920, mal traitée. Pyrexie malarique traitée par la quinine quelques mois plus tard en Roumanie. Réactions sanguines subpositives après plusieurs examens. Réactions liquidienne liminaires.

Voici deux nouvelles observations :

OBS. IV. — Béc..., 45 ans, mineur.

*Antécédents héréditaires.* — Père mort paralytique à 34 ans. Rien de spécial dans la lignée paternelle. Mère morte cardiaque à 61 ans. Rien de spécial dans la lignée maternelle.

*Antécédents collatéraux.* — Un frère et une sœur bien portants.

*Antécédents personnels.* — Enfance normale, mais convulsions jusqu'à 7 ans. Instruction primaire. Service militaire. Paludisme pendant la guerre (1917). Les accès cessent en 1918. Par la suite, ils auraient reparu. Derniers accès en 1933.

Marié, séparé pour mésentente. La femme a eu une fille, actuellement mariée, un accouchement prématuré d'un mort-né à sept mois, une deuxième fille bien portante.

Travailleur normal. Ni tabac, ni alcool. Nie la syphilis.

Caractère normal ; céphalées fréquentes.

H. M. — Début brusque (1933) par tentatives d'attouchements sur sa fille aînée. Hospitalisé à Esquermes. Aurait eu à ce moment quelques crises d'épilepsie (chute, écume).

Transféré à Armentières le 17 septembre 1935 : « Dégénérescence mentale avec perversions instinctives. Fonds épileptique. Emotivité morbide (P<sup>r</sup> Raviart). »

*Examen clinique, janvier 1936 :* affaiblissement minimum. Perte des notions éthiques. Langage obscène à propos de sa fille. Vagues idées de persécution : fille et mère complices. Croit qu'on l'a fait interner par vengeance.

*Signes physiques.* — Type pycnique. Anisocorie légère (D > ). Réactions pupillaires normales. Réflexes rotuliens inégaux (plus vifs à droite, un peu affaiblis à gauche). Achilléens normaux. Léger tremblement digital et lingual. Grosse dysarthrie aux mots d'épreuve (sans dysarthrie spontanée). Leucoplasie commissurale gauche.

*Sang, 25 sept. 1935 :* Bordet-Wassermann, + ; Kahn, + ; Meinicke, ++ ; *30 octobre 1935 :* Meinicke + ; *28 octobre 1935 :* Bordet-Wassermann, 0 ; Kahn, + ; *9 novembre 1935 :* Meinicke : ++. *Liquide céphalo-rachidien, 25 septembre 1935 :* alb., 0,10 ; leuco., 0,2 ; Bordet-Wassermann, 0 ; benjoin, 00000.22222.10000 ; Pandy, 0

(1) DUBLINEAU et PICHULT. — Réun. médico-chirurgicale Hôp. Lille, fév. 1936.

(sang) ; Weichbrodt, + ; Meinicke, + ; Takata-Ara, traces ; 26 octobre 1935 : alb., 0,10 ; leuco., 0,2 ; Bordet-Wassermann, 0 ; benjoin, 00000.22222.00000 ; Pandey, traces ; Weichbrodt, + ; Meinicke + ; Takata-Ara, +.

OBS. V. — Ga..., 46 ans, chaudronnier.

*Antécédents héréditaires et collatéraux normaux.*

*Antécédents personnels.* — Enfance normale. Ecole primaire. Syphilis ancienne avouée (ne peut préciser davantage). Paludisme à Salonique pendant la guerre. Quelques excès de boisson avec troubles digestifs. Célibataire.

H. M. — Début progressif en 1933 par troubles du caractère et du comportement. Disputes familiales. Persécuté par la mère et la sœur qu'il poursuivait. Excitation par intervalles. Conduit à Esquermes le 24 juillet 1933 (refus d'aliments, incohérences, etc.).

Transféré à Armentières le 19 avril 1935 : « Affaiblissement intellectuel massif. Conscience imprécise de la situation. Lésions organiques des centres nerveux. Alcoolisme chronique dans le passé (Dr Vullien). »

A l'entrée : affaiblissement. Euphorie. Désorientation. Etat paranoïde. Gaz. Mitrailleuses. Gorge avariée. Cartouches qui partent.

*Signes physiques.* — Aréflexie tendineuse des membres inférieurs. Aux membres supérieurs, réflexes inexistant à droite. Pupilles réagissant (la gauche plus paresseuse).

*Mois suivants :* persistance du délire. Incurie. Impulsivité.

*Sang,* 2 mai 1935 : Bordet-Wassermann et Kahn négatifs ; 5 novembre 1935 : Bordet-Wassermann, Kahn et Meinicke négatifs.

*Liquide céphalo-rachidien :*

|                        | 11-1-33 | 2-5-35                  | 28-6-35                 | 7-11-35                 |
|------------------------|---------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Albumine .....         | 0,60    | 0,40                    | 0,22                    | 0,40                    |
| Lymphocytose .....     | 0,2     | 0,4                     | 0,2                     | 0,3                     |
| Bordet-Wassermann .... | 0       | 0                       | 0                       | 0                       |
| Benjoin .....          | »       | 00000<br>22222<br>10000 | 00000<br>22222<br>00000 | 00000<br>22222<br>00000 |
| Pandey .....           | »       | »                       | »                       | 0                       |
| Weichbrodt .....       | »       | »                       | »                       | 0                       |
| Meinicke .....         | »       | »                       | »                       | 0 ?                     |
| Takata-Ara .....       | »       | »                       | »                       | 0                       |
| Vernes .....           | 2       | »                       | »                       | »                       |
| Tension (assis) .....  | »       | »                       | »                       | 34                      |

Entre juin et novembre, avait eu 10 injections de sulfosine, puis trois injections de 914.

A ces cinq observations typiques, nous pourrions en ajouter d'autres, plus complexes. Dans l'une (Br. : obs. VI), un traite-



ment spécifique antérieur prolongé avait pu, à lui seul, intervenir dans l'aspect de la formule. Dans une autre (observation VII, publiée par ailleurs (1)), un terrain hérédosyphilitique de base pouvait être également invoqué. Enfin, la syphilis antérieure peut être niée et les signes biologiques être trop frustes pour qu'il en soit tiré des conclusions valables (obs. VIII, IX et X).

Nous retiendrons cependant un cas dans lequel, à défaut d'affaiblissement, on note un délire paraphrénique avec syndrome d'influence, mégalomanie idéaliste, ayant conduit le sujet dans les ministères « pour s'occuper de la traite des femmes ». Dans ce dernier cas (obs. XI), la syphilis était ignorée. Seules étaient connues deux blennorragies, en 1923 et 1926, avec, entre les deux, fièvre paludéenne. Le début du délire remonte à un an et demi environ. Les réactions biologiques sont actuellement les suivantes :

*Sang* : Bordet-Wassermann, 0 ; Kahn, 0 ; Meinicke, + + +, à plusieurs examens successifs.

*Liquide céphalo-rachidien* : alb., 0,40 ; lymphos, 0,2 ; Bordet-Wassermann, 0 ; benjoin, 00002.22222.00000 ; Pandey, 0 ; Weichbrodt, + ; Meinicke, 0 ; Takata-Ara, 0 ; tension (assis), 60.

Dans ce cas, on peut se demander s'il ne s'agit pas d'une paraphrénie syphilitique, sur un terrain modifié par le paludisme antérieur.

COMMENTAIRES. — Dans quelques cas, il a été possible de préciser les dates respectives d'apparition de la syphilis et du paludisme. Dans le seul cas VI, où la syphilis a été postérieure au paludisme, la démence était plus marquée, avec Bordet-Wassermann + dans le liquide céphalo-rachidien. Dans quatre autres (et peut-être cinq), où la syphilis avait précédé le paludisme, il y avait ou démence *fruste*, ou état schizophrénique simple.

Dans nombre de ces observations, l'internement avait été motivé par des réactions médico-légales absurdes du type de celles qu'on observe dans la classique phase de début de la paralysie générale.

Pour ce qui est de l'influence possible du paludisme sur ces formes atypiques de déficit psychique, les arguments ne manquent pas pour en justifier l'hypothèse. Sans parler de l'influence favorable de l'impaludation préventive dans la prophylaxie de la neuro-syphilis, signalons que le paludisme spontané suffit à modifier considérablement le terrain : rappelons à ce propos

(1) DUBLINEAU (J.). — Superinfection syphilitique..., etc. *Ann. Méd.-Psych.*, févr. 1936.

l'observation récente d'Avramovici (1) : épithélioma de la lèvre *incipiens*, datant de deux mois et cautérisé une fois ; depuis la même époque, accès paludéens de type tierce, régression des phénomènes. Revu 3 ans 1/2 plus tard, le sujet était en parfait état.

En dehors du paludisme, d'autres affections semblent, au moins expérimentalement, modifier l'évolution de la syphilis : telle la vaccine, qui peut avoir un effet atténuant ou aggravant, selon les circonstances et le lieu de l'inoculation vaccinale (2).

Reste l'hypothèse que les troubles mentaux observés relèvent du paludisme, et non de la syphilis. Mais dans deux de nos cas (obs. II et VI), existait un Bordet-Wassermann subpositif dans le liquide céphalo-rachidien (avec syphilis certaine chez l'un d'eux). Par ailleurs, dans la plupart des cas on pouvait retrouver des signes cliniques ou biologiques de spécificité. Enfin, en dehors des troubles confusionnels de la période aiguë du paludisme, l'existence d'une démence palustre est peu acceptée. Elle est même rejetée par Chavigny dans son rapport au Congrès de Tunis (3).

CONCLUSIONS. — Dans nombre d'observations on trouve chez des syphilitiques (syphilis humorale ou chancre antérieur) des états de déficit avec affaiblissement ou dissociation, probablement spécifiques malgré l'absence de formules liquidiennes positives. La notion d'accès palustres dans les antécédents de ces malades autorise à penser, sur la foi d'arguments divers, que le paludisme a modifié l'évolution ultérieure de la syphilis, et que s'il n'a pas proprement empêché l'apparition d'une neuro-syphilis, il a permis la réalisation d'un état atténué, moins grave au point de vue vital, forme, pourrait-on dire, *allergique* de la neuro-syphilis.

#### Superinfection syphilitique et formes frustes de neurosyphilis. — Discussion d'un cas, par M. J. DUBLINEAU.

La clinique et l'expérimentation concordent pour authentifier l'existence de la superinfection syphilitique. Nouveaux chancres apparus chez des syphilitiques non encore guéris, syphilis apparaissant sur terrain de spécificité héréditaire : autant de faits

(1) *Lyon chirurgical*, mai-juin 1927 (in TOURAINE et DUPERRAT, *Bull. Soc. dermat. et syphil.*, n° 9, déc. 1935, 1727).

(2) GASTINEL et PULVENIS. — *Syphilis expérimentale*, p. 132, Paris, Masson.

(3) *Congrès al. et neur. de langue franç.*, Tunis, 1912.

incontestés aujourd'hui. On sait par ailleurs que les syphilis de réinfection prennent des types souvent particuliers : formes atténuées, ou au contraire hypertrophiques ; parfois formes purement humorales, décélées par des examens de sang systématiques.

En matière de neurosyphilis, la superinfection a fait l'objet de nombreuses recherches expérimentales, encore actuellement discutées (Schulmann et Lemaire) et sur lesquelles nous n'insisterons pas.

On connaît peu, semble-t-il, le pronostic des syphilis de superinfection, en particulier leur rôle dans la survenue d'une détermination neuro-psychique ultérieure : sans doute parce que les faits s'intriquent avec l'évolution de la première infection. Sans doute aussi parce qu'ils s'échelonnent sur des années : d'où la possibilité de multiples circonstances intercurrentes, rendant plus difficile leur interprétation.

De l'ensemble de ces intrications pathogéniques naissent des formes cliniques bâtarde, inclassables au double point de vue nosologique et étiologique.

La difficulté augmente quand la super-infection apparaît chez un hérédo-syphilitique : la syphilis parentale ou grand'parentale étant plus souvent une présomption qu'une certitude.

Le cas que nous rapportons est rien moins que typique à cet égard, vu la diversité des facteurs en cause. Nous le croyons néanmoins intéressant en ce qu'il permet de poser le problème d'une super-infection syphilitique avec détermination nerveuse.

OBSERVATION. — B... Louis, 51 ans.

*Antécédents héréditaires.* — 1° Père mort subitement à 61 ans (tempérament nerveux aux dires de l'entourage). Son père : psychologiquement normal, mort à 74 ans du « cancer des fumeurs ». Sa mère, morte à 61 ans, d'angine de poitrine. Sa sœur, morte à 44 ans, de cancer du sein. — 2° Mère, morte cardiaque, à 29 ans. Son père, mort à 84 ans. Sa mère : morte cardiaque. Son frère : mort d'attaque (?). Ses deux sœurs, vivantes et bien portantes.

*Antécédents collatéraux.* — Sept frères et sœurs, dont un frère mort à 23 ans (ictère ?), une sœur morte à 28 ans d'urémie (albuminurie chronique), et une sœur morte à un an (diarrhée verte).

*Antécédents personnels.* — Etudes secondaires. Paresseux. Devient chauffeur de taxi. Marié à 36 ans (séparé depuis de nombreuses années). Pas d'enfant. Tempérament : assez insouciant, taciturne, jaloux ; ni buveur, ni fumeur.

*Syphilis* en 1912, traitée à Saint-Louis par huile grise.

Fait la guerre dans l'Infanterie, partie en France, partie en Orient. Paludisme à Salonique (trois mois de traitement).

*Histoire des troubles* : début progressif ; était indifférent depuis longtemps à l'égard de sa famille. En juillet 1932 (47 ans), début par fugues anxieuses : crainte de poursuite par les agents ; les jours suivants, dépression, anxiété et claustration. Refus d'aliments. Ensuite, après 5 jours de cet état, en août 1932, à l'Infirmierie spéciale : « Débilité mentale, idées délirantes de persécution. Interprétations morbides. Est suivi dans la rue par une foule de gens : garçons de café, agents de police, femmes, etc. Dans son travail, on fausse son compteur, on lui fait payer des outils qu'il n'a pas empruntés, etc. Cela dure depuis trois mois. Deux fois à Ste-Anne en consultation : se sentait malade. S'était enfermé chez lui depuis 5 jours, refusait de sortir. Il y a 15 jours, voulait se jeter à la Seine. Fatigue générale. Pâleur. Permis de conduire à suspendre. Arrêté en raison de sa séquestration volontaire à domicile. » (D<sup>r</sup> Logre, 19 août 1932).

*Certificats ultérieurs et évolution.* — « Depuis quelques mois, état mélancolique avec idées de persécution, prédominance d'interprétations ; il ne sortait plus parce qu'on le surveillait dans la rue, et dernièrement tendance au suicide ; réflexes rotuliens vifs. » (D<sup>r</sup> Simon).

« Syndrome atypique de dépression et d'interprétation avec mobilité d'humeur, tremblement de la langue chez un syphilitique. » (23 août, D<sup>r</sup> Courbon).

« Syndrome atypique de dépression et d'interprétation avec mobilité d'humeur, tremblement de la langue chez un syphilitique. » (6 septembre, D<sup>r</sup> Génil-Perrin).

« Paraît atteint de psychose mélancolique avec interprétations pessimistes, concentration morbide, raptus anxieux, idées de suicide. Signes physiques de méningo-encéphalite incipiens. » (31 mars 1933, D<sup>r</sup> Pierson, Armentières).

A cette date on note : « Machinations contre lui. Phase émotive quand il parle de sa mère. Son père aurait fait mourir sa mère. On lui reproche d'avoir pratiqué la pédérastie avec un de ses cousins. Il a volé 500 francs. On devine sa pensée.

Déformation pupillaire gauche. Paresse pupillaire.

Tremblement de la langue, des bras. Faciès figé.

Rotuliens très vifs, polycynétiques.

« Syndrome d'affaiblissement mental. Indifférence. Troubles de la mémoire. Inertie. Syphilis nerveuse. Inégalité pupillaire. » (4 décembre 1933, D<sup>r</sup> Tarbouriech).

Par la suite, accroissement de l'incurie, avec inertie. Persistance des signes cliniques. Morosité. Autisme.

En juin 1935, on note : « Assez bien orienté. Parle d'arrestation arbitraire. Grossièretés. Demande qu'on le laisse tranquille. »

Les mois suivants, propos sans suite : « Lutte de classes. Capitaux. Gouvernement... *L'Ami du Peuple*. » Ignore la date. Néanmoins, la mémoire de fixation est satisfaisante. L'attitude est toute d'opposi-

tion, à type schizophrénique. L'affaiblissement est moins considérable qu'il ne paraît au premier abord.

En février 1936, les signes physiques sont ceux précédemment indiqués.

#### TRAITEMENT SUIVI :

Stovarsol, de juillet à septembre 1933, ainsi qu'en juillet 1935.

#### FORMULES BIOLOGIQUES :

1° *Sang* : Bordet-Wassermann, Meinicke et Kahn négatifs à plusieurs reprises.

#### 2° *Liquide céphalo-rachidien* :

|                 | Mars 1933 | 6-IV-33 | 11-I-35 | 18-VI-35 | 12-X-35 | 17-I-36 |
|-----------------|-----------|---------|---------|----------|---------|---------|
|                 | —         | —       | —       | —        | —       | —       |
| Alb.....        | »         | 0,80    | 0,22    | 0,22     | 0,30    | 0,40    |
| Lympho.....     | »         | »       | 0,2     | 0,2      | 0,2     | 0,3     |
| B. W.....       | »         | 0       | 0       | 0        | 0       | 0       |
| Benjoin.....    | 00000     | 00000   | 00000   | 00000    | 00002   | 00000   |
|                 | 02222     | 02221   | 22222   | 22222    | 22210   | 22222   |
|                 | 00000     | 00000   | 10000   | 10000    | 00000   | 10000   |
| Pandy.....      | »         | »       | »       | »        | 0       | ±       |
| Weichbrodt..... | »         | »       | »       | »        | ±       | ±       |
| Meinicke.....   | »         | »       | »       | »        | 0       | ±       |
| Takata-Ara..... | »         | »       | »       | »        | 0       | ±       |

On remarquera l'alternance, si fréquente, des quelques éléments atypiques (hyperalbuminose, avec extension soit à droite, soit à gauche de la précipitation du benjoin. Les réactions de floculation sont à peine marquées, quoique légèrement positives cependant.

Au total : forme fruste, peu évolutive, moins démentielle que schizophrénique. Ebauche d'amélioration par le traitement spécifique (Stovarsol).

COMMENTAIRES. — Il s'agit en résumé d'un état schizophrénique à début anxieux atypique avec idées de persécution, évolution paranoïde, affaiblissement (d'ailleurs léger). Syphilis en 1912, traitée au mercure. Signes neurologiques permettant de parler de syphilis nerveuse. Ebauche d'amélioration par le stovarsol.

Le fait important réside dans le caractère liminaire, au cours de 6 ponctions successives en 3 ans, des réactions liquidienues. En 1933, a été relevée une albuminorachie à 0 gr. 80 ; en janvier et juin 1935, seule existait une extension partielle à droite de la précipitation du benjoin. En octobre 1935, très légère poussée d'albuminose, avec benjoin précipité dans le 4° tube. En janvier 1936, globulinoe légère, benjoin précipité dans le 11° tube, floculations liminaires. Dans le sang, toutes les réactions ont toujours été négatives.



L'existence de signes cliniques de spécificité nerveuse (ayant pu faire penser il y a 3 ans à une méningo-encéphalite incipiens), la notion d'une syphilis antérieure, autorisent à admettre la légitimité d'un état psychopathique syphilitique avec réactions liminaires, type sur lequel nous avons insisté dans de précédentes communications.

Reste à se demander pourquoi les signes biologiques sont peu marqués.

Remarquons d'abord qu'il s'agit d'un état psychopathique en somme peu évolutif, qui concorde avec ce que l'on sait de la formule biologique dans les formes fixées de la neuro-syphilis (Claude et Targowla). Mais pourquoi une telle forme ?

Ici plusieurs facteurs entre beaucoup d'autres peuvent être invoqués :

1° La syphilis, avouée, a été traitée. Or, avec Dupouy, nous avons montré naguère l'importance de la notion d'un traitement spécifique antérieur dans la forme ultérieure de la détermination nerveuse. (Paralysie générale à formes démentiellles simples et non délirantes, formules subpositives s'éloignant du type pégétique classique).

2° Le sujet est un ancien paludéen. Or, ce facteur, sur lequel nous insistons par ailleurs, nous paraît important dans l'explication de certaines neuro-syphilis à formule biologique liminaire.

3° Dans le cas présent, nous désirons insister surtout sur l'hérédité de ce sujet : cette hérédité est éminemment suspecte dans la lignée paternelle : cancer des fumeurs chez le grand-père, permettant de suspecter une syphilis antérieure, d'autant plus que la femme de ce dernier est morte d'une angine de poitrine ; père mort subitement ; une tante paternelle morte de cancer du sein. [A ce sujet, nous ne citerons pour mémoire que les études nombreuses récentes concernant les rapports de certains cancers du sein et de la syphilis (Touraine)].

Le chancre du sujet se présenterait donc comme une super-infection chez un hérédo-syphilitique de 2° génération, et la syphilis nerveuse comme une forme de moindre virulence, liée à un état réfractaire partiel antérieur.

Cas, en réalité, répétons-le, complexe, mais pour lequel, à côté des deux facteurs sur lesquels nous avons insisté par ailleurs, il nous a paru intéressant de nous interroger sur l'influence possible d'un troisième, à la vérité encore peu étudié, la super-infection sur terrain hérédo-syphilitique de deuxième génération.

## BIBLIOGRAPHIE

- DUBLINEAU. — *Ann. Méd.-Psych.*, nov. 1935 et févr. 1936.  
 DUPOUY et DUBLINEAU. — *Ann. Méd.-Psych.*, mai 1930.  
 RICHTER (Ch.) fils et DUBLINEAU (J.). — *Bull. Acad. Méd.*, 27 nov. 1934, févr. et avril 1935.  
 SCHULMANN et LEMAIRE. — *Traité de la syphilis de Jeanselme*, t. I, p. 643.  
 TOURAINE et RIBADEAU-DUMAS. — *Bull. Soc. fr. Derm. et Syph.*, 1933, n° 1, p. 124.  
 TRUFFI (M.). — Immunité, superinfection, réinfection dans la syphilis. *Congrès de Dermatologie de Copenhague*, 1930 (in *Ann. de Derm. et Syph.*, 1930, p. 990).

**Conductibilité électrique du corps humain et dysendocrinie.  
 Un nouveau test biométrique : la mesure de l'angle de phase. (Note préliminaire), par M. Yves PORCHER.**

Dans une suite d'articles parus au début de l'année 1888 dans le *Progrès Médical*, Romain Vigouroux, à cette époque chef du Service d'électrothérapie de la Salpêtrière, signalait un abaissement de la résistance électrique chez les sujets atteints de la maladie de Basedow.

Vigouroux opérait en courant continu avec deux électrodes de charbon recouvertes de peau de chamois, de 6 et de 4 cm. de diamètre, placées l'une sur le sternum et l'autre entre les épaules au-dessous de l'apophyse de la 7<sup>e</sup> cervicale.

« La résistance, écrivait-il, se montre extrêmement diminuée dans la maladie de Basedow. Elle est alors le quart ou le cinquième, et même moins, de celle observée dans les mêmes conditions chez un sujet sain. »

Ce travail trouva d'abord quelque écho en Italie et en Allemagne, puis tomba rapidement dans l'oubli. Et, bien que la résistance du corps humain, et plus particulièrement de la peau, ait toujours préoccupé peu ou prou les électro-thérapeutes et les électro-physiologistes, il faut arriver jusqu'en 1929 pour voir reprises en Allemagne, par Lueg, les idées de Vigouroux sous une forme moderne.

Lueg suivait la technique de Gildemeister et utilisait le courant alternatif (environ 12.000 cycles-secondes). Il montra d'abord que les modifications de l'électro-cardiogramme des myxoédémateux pouvaient s'appliquer en partie par des modifications des propriétés électriques de la peau, puis en collaboration avec Grossheim, que ces modifications pouvaient être mises en parallèle avec le taux du métabolisme basal dans les états d'hyper et

d'hypothyroïdisme. Enfin, en 1933, Mrs et Mr. Brazier, de Londres, appliquaient à ce problème la méthode employée dans l'industrie des câbles téléphoniques pour la mesure des déphasages et firent faire ainsi à la technique un remarquable progrès.

DÉPHASAGE ET ANGLE DE PHASE. — Considérons une source de courant alternatif sinusoïdal et faisons passer le courant dans une résistance pure. Incorporons à ce circuit un voltmètre et un ampèremètre convenables. Supposons enfin la fréquence du courant alternatif (cycles secondes) suffisamment basse pour que le déplacement des aiguilles des appareils de mesure puisse être suivi facilement de l'œil. Nous verrons alors les aiguilles animées d'un mouvement rigoureusement synchroné et rigoureusement parallèle. La tension (voltage) et le courant (intensité) sont simultanément positifs ou négatifs. On dit qu'ils sont en phase et la puissance est toujours positive.

Substituons maintenant à notre résistance une capacité pure. Nous verrons alors que nos aiguilles battent toujours synchroniquement, mais qu'elles ne sont plus parallèles ; elles sont décalées l'une par rapport à l'autre d'un angle de  $90^\circ$ . La tension et le courant ne sont plus simultanément positifs et négatifs et la puissance devient alternativement positive et négative. On dit qu'il y a déphasage entre la tension et le courant, et l'angle de  $90^\circ$  qui, dans notre exemple, est la mesure de ce déphasage s'appelle l'angle de phase.

Le corps humain, traversé par un courant alternatif, ne se comporte ni comme une résistance pure, ni comme une capacité pure, mais un complexe des deux (complexe que les électriciens nomment impédance) et l'angle de phase est de l'ordre de 6 à 8 degrés.

TECHNIQUE DE LA MESURE. — La mesure se fait par la méthode d'opposition à l'aide d'un pont de Wheatstone, où on a placé un condensateur variable en parallèle avec une résistance fixe. Le sujet qui constitue la composante X du pont est mis en série dans un circuit en plongeant les bras jusqu'aux coudes dans deux bacs contenant chacun 10 litres d'eau physiologique et reliés par des électrodes plongeantes à l'appareil.

On manœuvre la résistance et le condensateur variables du pont jusqu'à ce qu'on obtienne le zéro au galvanomètre (ou le silence au téléphone).

Dans ce montage (condensateur en parallèle), la mesure de l'angle de phase indiquée par la valeur de sa tangente est donnée par la formule :

$$\operatorname{tg} \varphi = 2 \pi f . R . C .$$

(Dans l'appareil Brazier, le plus récent, alimenté par un courant de 20 cycles-seconde, la graduation du condensateur variable, donne directement la mesure de l'angle en degrés).

APPLICATIONS CLINIQUES ET RÉSULTATS. — Le résultat des recherches de Mrs Brazier, que nous allons passer rapidement en revue, a été confirmé en Angleterre par Holiday et Smith et en France par Lamy. Toutefois, Robertson et Wilson en Angleterre et Barnett et Bagno en Amérique, tout en confirmant en gros ces résultats, ont soulevé quelques objections.

Tout d'abord, les femmes et les hommes normaux se sont répartis, quant à la mesure de l'angle de phase, en deux groupes bien tranchés, les femmes autour de 6 degrés, les hommes autour de 8 (1).

Chez les enfants, l'angle de phase, d'abord très petit, croît en gardant d'abord des valeurs comparables dans les deux sexes, mais au moment de la puberté, l'angle croît plus vite chez les garçons que chez les filles pour atteindre les valeurs indiquées plus haut, à la fin de l'adolescence.

Ces constatations tendraient à prouver que ce test a bien une base biologique réelle, bien que de nature encore indéterminée.

Les Basedowiens présentent en général un angle de phase petit. Les goîtres simples, au contraire, présentent généralement une légère augmentation.

Enfin, les myxœdémateux donnent quelquefois des augmentations très marquées, mais les résultats aberrants seraient plus fréquents.

Il est d'ailleurs nécessaire de faire remarquer que les variations de l'angle de phase ne suivent pas les variations très rapides du métabolisme.

Après un exercice violent poussé jusqu'à l'épuisement, alors que la consommation d'oxygène atteint des chiffres très élevés, l'angle de phase ne varie pratiquement pas. Robertson et Wilson font remarquer que, sur un chat, l'angle de phase ne fut pas modifié par le passage de vie à trépas.

Il ressort, de la controverse engagée entre ces auteurs et

(1) Cette distribution des sexes en deux groupes particuliers a suggéré à Mrs Brazier l'idée d'adopter la valeur moyenne de chaque groupe comme zéro relatif et de compter les différences en plus ou en moins à partir de ce zéro pour chaque groupe. En outre, Mrs Brazier prend pour échelle de mesure l'angle complémentaire de l'angle de phase. Cet angle complémentaire varie naturellement en sens inverse de l'angle de phase et ses variations ont le même signe positif ou négatif que les variations du taux de M.B. Cet angle complémentaire porte le nom d'angle d'impédance.

Mrs. Brazier, que l'angle de phase ne se modifie que lentement soit après opération thyroéoprive, soit au cours d'un traitement par administration de corps thyroïde et qu'il faille compter parfois un laps de temps de plusieurs semaines.

Cela suggère l'idée que le substratum biologique serait plutôt de nature structurale et anatomique que fonctionnelle, et l'évolution de l'angle de phase au cours de la croissance soutient aussi cette hypothèse.

Il ne faudrait peut-être pas fonder, sur l'emploi de ce test, des espérances exagérées ou tout au moins prématurées. Néanmoins, la difficulté que nous éprouvons à mesurer le métabolisme basal chez nos malades mentaux doit nous inciter à essayer ce nouveau test. Quelques moments de docilité brefs et intermittents de la part du sujet suffisent à une mesure précise et une certaine contention n'est pas un obstacle à une bonne expérience.

Dans cet esprit, j'ai entrepris la construction d'un phasemètre avec la collaboration d'ingénieurs qualifiés ; il ne s'agit point d'ailleurs d'un appareil dit médical, mais d'un instrument de recherche. Je vous le présenterai dans une prochaine séance.

**Hallucinations visuelles, conscientes et transitoires,**  
par M. DAUMEZON (Travail du service du Dr J. Capgras).

Nous avons eu l'occasion d'observer, chez une vieille femme, sans affaiblissement psychique, mais atteinte de cataracte, un cas d'hallucinoïse transitoire qui nous a paru pouvoir vous être présenté.

Mlle A..., Louise-Victorine, est entrée à l'asile le 25 juin 1894 à l'âge de 41 ans. Le certificat immédiat signé du Dr Legras est ainsi conçu : « Délire mélancolique, hallucinations auditives, culpabilité imaginaire. » Rapidement les troubles s'amendèrent. La malade explique actuellement ce qui lui est arrivé de la manière suivante : « J'ai été folle cinq jours durant lesquels je fus amenée à Sainte-Anne, puis tout a disparu. » « Pendant longtemps j'ai entendu des voix qui me faisaient comprendre : Ne fais pas cela, tu le rateras, — N'y vas pas, on te fera du mal, — N'essaie pas, tu ne sais pas le faire. Puis tout cela s'est arrangé et je suis devenue normale. »

Les troubles très discrets présentés par notre malade n'eussent certainement pas entravé sa sortie si son père et sa sœur se fussent souciés de la tirer de l'asile. Graduellement la malade s'est fort bien accommodée de la vie asilaire. Excellente travailleuse, très serviable, elle aide le personnel et devient une collaboratrice dévouée.



En 1930, l'acuité visuelle diminue ; l'ophtalmologiste consulté répond : Cataracte de l'œil droit à opérer après traitement mercuriel. Mais Mlle A... refuse l'opération : « Si je n'y vois plus je ne pourrais plus travailler, eh ! mon Dieu, je suis assez vieille pour me reposer. »

Nous avons maintenant devant nous une vieille femme de 83 ans, voûtée, la bouche édentée, le visage ridé. L'œil est vif, la démarche encore alerte. Avenante, elle répond volontiers au médecin, donne sur son séjour les renseignements les plus précis, les détails les plus pittoresques. On ne note aucun trouble mental d'aucune sorte. Un certificat de situation du D<sup>r</sup> Capgras, daté du 27 septembre 1934, débute par ces mots : « Entièrement lucide malgré son grand âge. »

Il nous a paru intéressant de retracer en détail cette histoire pour situer dans leur terrain exact les troubles actuels :

Le 10 décembre 1935, après avoir accompli sa tâche quotidienne : vaisselle du soir, rangement du réfectoire, Mlle A... ressentit une légère fatigue : « J'ai pris froid », pensa-t-elle, et s'en fut se coucher. Au lit, devant le mur à côté d'elle, elle aperçut des figures d'hommes, de femmes, des chats, un chien. Elle fut effrayée bien que sachant pertinemment qu'il s'agissait d'un trouble pathologique. Le même phénomène se reproduisit huit jours durant, cependant qu'évolue une bronchite banale qui s'améliora très rapidement.

La malade décrit ainsi les « visions » qu'elle perçoit : « Le soir, à la tombée de la nuit, au moment où les lumières s'éteignent, cela commence... » « Des figures d'hommes, de femmes, passent là devant le mur et à côté de moi (elle fait signe de sa main droite) du côté de ma cataracte. » Ces figures restent toujours sur le même plan, jamais elles ne se rapprochent. Jamais elle ne les a vues sur le drap.

En général il s'agit de la tête seule, quelquefois du corps entier. Une seule figure connue, celle de sa sœur ; les autres ne peuvent être identifiées. Ce sont des personnages aux yeux brillants « comme dans les dessins ». Les têtes sont beaucoup plus grosses que nature, « des caricatures », dira-t-elle. « Les hommes sont vieux, mal habillés, avec de gros yeux fixes qui me regardent, moi ».

Notre malade a vu aussi des chats aux yeux brillants et menaçants, et un jour un chien ; un marteau fut signalé ; dans la période terminale « une passementerie comme une tenture pendue à côté du lit » ; apparurent aussi des arbres, surtout des troncs identiques à ceux qu'on voit dans la cour du quartier à travers la fenêtre. Nous insistons ailleurs sur la vision de neige.

Toutes ces images sont isolées, jamais organisées en tableau. Elles sont fortement colorées. « Des couleurs, toujours avec des couleurs vives, du bleu particulièrement. » Jamais elles ne prennent un relief, et la malade insiste sur leur caractère d'« images plates ».

Il s'agit d'un « défilé » de personnages : « Ils ne bougent pas, cela se promène, mais la personne ne fait jamais le geste », le sens du défilé est de droite à gauche.

L'intensité de la perception paraît augmenter dans l'obscurité : « Si on éteint la lumière, c'est plus fort. » Par contre, la position du corps n'a aucune influence : « Je me lève, je marche, c'est la même chose. »

Notre malade réagit vivement devant ces « visions », ce « cinéma ». « J'ai peur et pourtant je sais bien », « je me bouche les yeux, surtout le droit, mais je vois la même chose ». L'explication de sa frayeur lui paraît toute naturelle : « Ces choses-là, ça ne vous rend pas tranquille, j'en ai tant vu dans cette maison, que j'ai toujours peur de devenir comme elles. » Mais, par ailleurs, elle reconnaît la frayeur que lui inspiraient ces figures « comme quand on est petite et qu'on voit dans un livre une image de croquemitaine ». A la suite de cette crise, elle a demandé à quitter la chambre qu'elle occupait pour coucher dans le dortoir : « J'y serai moins seule et plus tranquille. »

Un point important nous paraît être les visions particulières qui ont marqué le début et la fin de la crise.

Le premier jour, avant l'apparition des têtes et des personnages, la malade a vu de la neige ; les deux derniers jours, alors qu'il n'y avait plus de visage, nouvelle vision de neige. « Un peu de neige, comme de la toute petite neige, comme une pluie. Elle tombe lentement... » Au milieu, de temps à autre, « des petits mouvements d'électricité », « comme une étincelle de briquet ». « Cela m'arrive quelquefois en temps normal ».

Les crises ont duré chaque soir pendant 1 heure environ durant 9 jours. Elles s'accompagnent, au dire de la patiente, de violentes céphalées et de douleurs au niveau des globes oculaires, plus particulièrement à droite.

Nous avons soumis Mlle A... à un examen neurologique qui n'a permis de déceler aucune anomalie notable.

Au niveau de l'œil : réflexes cornéens conservés. Musculature externe de l'œil fonctionne normalement.

Examen ophtalmologique négatif, à part la cataracte plus haut signalée. Aucun signe objectif de glaucome.

On ne note aucun signe de la série hypothalamique, pas d'hyper-sommeil, pas de polyphagie, pas de polydipsie, pas de polyurie.

La tension artérielle au Pachon est à 17,5-10. Un dosage d'urée sanguine donne 0 gr. 45 par litre.

Depuis l'épisode que nous venons de décrire, Mlle A... a présenté à quelques reprises une rhino-pharyngite rapidement guérie, mais à aucun moment des troubles comparables à ceux signalés n'ont été remarqués.

En résumé, nous nous trouvons en présence d'un cas d'hallucinations visuelles conscientes.

Parmi les exemples d'hallucinoses visuelles, les auteurs ont

groupé les cas dans diverses rubriques, selon l'étage des lésions présentées par le malade. Nous croyons pouvoir rattacher l'hallucinoïse de notre malade aux *hallucinations des ophtalmopathes*. Rien, en effet, ne nous autorise à mettre en cause une lésion des voies optiques centrales. L'absence de troubles de la série hypothalamique et pédonculaire écarte la possibilité d'un syndrome sylvien.

Outre ces caractères, nous signalons, chez notre malade, sur certaines caractéristiques des hallucinations :

— Leur position dans le champ visuel droit, du côté de la cataracte. Notre malade avait tellement conscience de cette situation qu'elle bouchait l'œil droit avec la main afin d'entraver le déroulement des images hallucinatoires. Cette manœuvre s'avérait sans effet.

— Le sens de déplacement des images de droite à gauche, du côté lésé au côté sain.

— L'existence concomitante aux phantasmes de douleurs oculaires nettes. On a signalé des phénomènes de l'ordre de ceux constatés au cours de poussées de glaucome. La pression des globes oculaires n'éveille actuellement aucune douleur. L'examen ophtalmologique s'est révélé négatif.

Le mode d'apparition et la succession des images nous autorisent à consacrer un court développement au mécanisme possible des phénomènes envisagés :

Tout d'abord, nous éliminerons l'élément onirique : toute la description que donne la malade, les précisions qu'elle fournit, le caractère même des phantasmes, écartent l'hypothèse d'hallucinations hypnagogiques. D'ailleurs, Mlle A... était très éveillée lors de l'apparition des troubles.

Il est intéressant de noter que les crises ont débuté par une vision de « neige ». Les deux dernières crises ont consisté uniquement en cette vision de « neige » au milieu de laquelle apparaissaient des phosphènes. Dans une observation de P. Camus, le malade perçoit successivement : des taches blanches, puis, dans un second stade, des têtes et des corps. Une observation de Morax cite des visions de neige chez un malade lorsque ce dernier se rappelle des souvenirs de Russie. On peut noter que la période durant laquelle les phénomènes furent constatés coïncide avec une baisse notable de la température et un état atmosphérique au cours duquel des chutes de neige légères furent enregistrées à Paris.

Il est plus difficile de fournir une interprétation du mécanisme

de la vision dans diverses têtes. Si, en effet, la vision de neige entre exactement dans la catégorie des « substitutions du souvenir à la sensation » de Barat, il ne paraît guère en être de même pour les autres phantasmes. Une des figures a été identifiée à celle de la sœur, mais quant aux autres, elles sont inconnues. On pourrait, à la rigueur, attirer l'attention sur les caractères brillants, éclatants, des yeux dans les personnages perçus par la malade. Ne pourrait-on supposer qu'il s'agit là de phosphènes autour desquels furent construites les têtes phantastiques ?

Il paraît à peu près impossible de rattacher purement aux apports périphériques les perceptions de la malade. Force nous est donc de rechercher, dans le contexte physique, une étiologie à ces troubles : Sedan, Fromaget, Finlay, David ont soutenu l'opinion d'une intoxication endogène urémique, le malade de l'observation VI de la thèse de Leyritz présente une hallucinose à l'occasion d'une néphrite cantharidique. Notre malade, elle, présente un taux d'urée normal, par contre, il convient de faire intervenir dans la genèse du phénomène l'état subfébrile accompagné de céphalée provoqué par la bronchite.

En présence d'un tel cas, une question de qualification paraît se poser. Brière de Boismont, Christian, décrivaient des « hallucinations rectifiées par l'entendement » (2<sup>e</sup> sous-section de la 1<sup>re</sup> section des hallucinations compatibles avec le raisonnement) ; pour employer une terminologie plus moderne : s'agit-il d'une hallucinose ?

Ce terme a reçu des acceptions très différentes selon les auteurs. L'idée de « délire minimum » paraît dominer les divers sens admis. C'est ainsi qu'en Allemagne, Wernicke désignait sous ce nom des états hallucinatoires aigus des psychoses alcooliques, rapidement rectifiés par le malade et considérés par lui comme pathologiques. Plaut, puis Kræpelin décrivaient une « Hallucinose syphilitique » : état où les hallucinations dominent la scène, accompagnées d'indifférence. Mais ils n'attachaient pas d'importance particulière à la conscience du caractère morbide qui pouvait faire défaut.

En France, Dupré, Gelma et plus récemment Leyritz, considéraient l'hallucinose comme un « syndrome caractérisé par des hallucinations inconscientes, sans délire abstrait surajouté ». Un des éléments qui paraît important dans la notion traditionnelle de l'hallucinose est le polymorphisme et la variabilité des phantasmes. G. Clérambault, Lalanne, Dumont, Gordon, Royer, Hamel utilisent le même terme, lui accordant la même signification.

En résumé, pour une très grosse part des auteurs, le terme d'hallucinoïse désigne, non pas tant un phénomène perceptif particulier, mais plutôt certains « états ». On notera que, pendant longtemps, il en fut de même pour l'hallucination : Pinel, Esquirol, Parchappe emploient généralement l'expression « le malade est en *état* d'hallucination ».

Un courant d'idées récent, dirigé par Janet d'une part, par Claude de l'autre, tend à introduire la notion de croyance dans la définition de l'hallucination, à synchroniser le délire et l'hallucination. Les auteurs adoptant ce point de vue ont dû, tout naturellement, rejeter l'hallucinoïse comme inexistante et ne correspondant à aucune réalité clinique.

Les uns, avec Claude et Ey, ont donné à ce mot un sens nouveau, « phénomène caractérisé par la présence, dans le champ de la conscience, d'une sensation, d'une forme à laquelle le sujet n'ajoute pas foi ». Ainsi, suivant l'évolution du mot hallucination, l'hallucinoïse cessait de désigner un état pour devenir un phénomène élémentaire.

Les autres, avec Janet, constatant l'existence manifeste de phénomènes dont la croyance est souvent absente, propose de les ranger parmi les illusions, « une stimulation peut se produire sur un point d'un organe réceptif d'une manière inhabituelle et provoquer à faux l'activation de tout le schéma perceptif ». Une telle théorie paraît s'appliquer exactement à l'observation que nous rapportons, d'autant mieux que Janet invoque deux mécanismes de mise en branle du schéma perceptif : d'une part, l'intoxication endogène ou exogène, d'autre part le passage au demi-sommeil. Les caractères relevés plus haut de construction d'image élaborée autour de phosphènes, de « *gestalt* », fournis par l'œil, l'état subfébrile de notre malade, nous autorisent à adopter la terminologie de P. Janet.

La séance est levée à 18 h. 30.

*Le Secrétaire des séances :*

Paul ABÉLY.

---



# SOCIÉTÉS

---

## Société de Neurologie de Paris

---

*Séance du Jeudi 6 Février 1936*

---

**Présidence : M. TINEL, président**

---

### **Hémiplégie passagère par embolie gazeuse au cours de la ré-insufflation d'un pneumothorax, par MM. J. TINEL et M. JACQUET.**

MM. Tinel et Jacquet relatent un cas d'hémiplégie gauche passagère, survenue au cours de la ré-insufflation d'un pneumothorax droit et qui ne peut être attribué à un autre processus qu'à une embolie gazeuse.

Ils signalent la coexistence d'une ischiémie passagère du membre supérieur droit et de l'hémithorax droit, avec apparition rapide de placards de vaso-dilatation paralytique, alternant avec des plages de vaso-constriction. Ces troubles traduisaient manifestement l'embolie gazeuse de la sous-clavière.

Les accidents cérébraux par embolie gazeuse de la carotide droite se sont traduits d'abord par des phénomènes de choc cérébral avec obnubilation profonde. L'hémiplégie ne s'est constituée que deux ou trois minutes après, en même temps que disparaissaient les placards cyanotiques du membre supérieur droit. Il semble que le retard de l'apparition de l'hémiplégie puisse être attribué à la conservation de l'activité des cellules corticales pendant quelques minutes encore après l'établissement de l'ischiémie cérébrale.

L'hémiplégie complète, sans participation cependant de la face, avec hémianesthésie complète, s'est accompagnée immédiatement d'exagération des réflexes tendineux et de clonus du pied, avec abolition des réflexes cutanés et absence du signe de Babinski.

Elle a complètement disparu en quelques heures, ne laissant absolument aucune trace résiduelle.

**Un cas de névrose du système végétatif avec arrêt du cœur et automatisme ventriculaire pendant la compression oculaire, par MM. R.-A. SCHWOB et Marcel MONNIER.**

Un homme de 42 ans, rédacteur, consulte à la Salpêtrière pour des crises sudorales survenant la nuit depuis plusieurs années à la face postérieure des jambes. A part une paralysie radiale ancienne consécutive à une blessure de guerre, l'examen neurologique ne révèle aucun trouble du système nerveux de relation. Par contre, l'exploration du système nerveux végétatif montre qu'il existe : 1) un réflexe oculo-cardiaque exagéré avec ralentissement des contractions cardiaques, abolition totale de celles-ci et apparition d'un automatisme ventriculaire visible à l'électrocardiographe tant que dure la compression oculaire ; 2) une bradycardie légère ; 3) une hypotension artérielle ; 4) des troubles vaso-moteurs périphériques (acrocyanose, dermographisme intense ; 5) une prédisposition au mal de mer ; 6) les sudations nocturnes mentionnées. Ces divers symptômes végétatifs cèdent à l'atropine. Il existe donc une véritable névrose végétative à effets parasympathiques (cardio-modérateurs et vaso-dilatateurs). Les phénomènes oculo-cardiaques sont une manifestation partielle de ce déséquilibre et ne peuvent être considérés comme normaux, ainsi que le prétendent certains auteurs.

**Méraphénie paroxystique de nature psychonévrosique, par MM. E. GELMA et P. CHAVIGNY (de Strasbourg).**

Les auteurs présentent un cas de fatigabilité et d'épuisement très rapide des membres inférieurs (méraphénie), survenant par crises, lors de la station debout qui, si elle se prolonge au delà de quelques minutes, peut amener l'impotence fonctionnelle absolue du malade pendant de longs mois. Ces crises « méraphéniques » ne sont accompagnées d'aucun signe d'organicité ou de réaction du type myasthénique. Elles restent associées à des phénomènes analogues d'asthénopie. Le terrain dégénératif, l'hérédité psycho-névrosique, des troubles psychologiques divers qui encadrent le syndrome, ancien de plusieurs années, autorisent l'opinion qu'il ne peut s'agir que d'une psycho-névrose, d'une forme de staso-baso-phobie dont il existe tant de types. Le terme de « méraphénie », introduit naguère par E. Dupré pour désigner anthropologiquement une manière d'être constitutionnelle, peut fort bien s'appliquer à ce cas d'épuisement paroxystique des forces dans le train postérieur.

**Encéphalo-myélite subaiguë consécutive à la vaccination Antiamarile, par MM. J. LHERMITTE et FRIBOURG-BLANC.**

Un colonial, âgé de 32 ans, reçoit une injection de vaccin antiamarile de Leigret ; immédiatement apparaissent des symptômes alarmants, fièvre, céphalée, vertiges, puis au bout de quelques jours, des fourmillements dans les jambes accompagnés de contractures et de parésie.

Après un retour à la normale, les mêmes phénomènes se reproduisent 3 mois après. Une paraplégie spasmodique avec troubles de la sensibilité, incontinence sphinctérienne se développe, un des membres supérieurs se joint à son tour, des escarres sacrées se développent et le malade succomba 14 mois après la date de la vaccination.

L'examen histologique révéla l'existence de lésions insulaires disséminées dans la moelle et le tube accompagnées par des altérations diffuses des cellules nerveuses de la moelle et du cerveau. Incontestablement ces altérations se rapprochent par plusieurs traits de celles de la sclérose en plaques, mais elles s'en distinguent par bien des caractères.

Qu'il s'agisse d'une injection endogène déclenchée par biotropisme ou d'une injection spécifiquement vaccinale, on ne saurait en décider, mais ce qui importe de retenir d'un tel fait, montre que la vaccination antiamarile n'est pas exempte de dangers, puisqu'elle peut entraîner une encéphalomyélite disséminée.

#### **Un cas de syndrome de Laurence-Moon, par MM. LHERMITTE et BOLLACK.**

Il s'agit d'une malade de 15 ans chez laquelle on constate tous les éléments du syndrome bien connu : sexdigitisme, obésité, du type cérébral, arriération mentale, rétinite pigmentaire ; en outre, on relève les symptômes traducteurs d'une altération infundibulo-tubérienne : polyurie, polydipsie, aménorrhée. La selle turcique est de dimensions normales. Aucune hérédité similaire. Le syndrome de Laurence-Moon mérite bien une individualité, car la plupart des cas sont superposables, mais on peut se demander si l'on ne doit pas considérer comme formes frustes les cas de rétinite pigmentaire avec adiposité ou polydactylie.

#### **Sclérose en plaques familiale, par MM. J. DEREUX et A. PRUVOST (de Lille).**

MM. J. Dereux et A. Pruvost relatent l'observation de deux sœurs atteintes, à peu près au même âge, de sclérose en plaques. Ils font l'étude critique de leurs cas comme de ceux qui sont antérieurs aux leurs et concluent que, sur le seul plan clinique, il est impossible de poser le diagnostic de sclérose en plaques familiale. Sans examen anatomique, on ne peut et on ne doit faire que des hypothèses.

#### **Névralgie du glosso-pharyngien guérie par l'alcoolisation, par MM. G. GUILLAIN et M. AUBRY.**

Les auteurs présentent une malade qui, atteinte de névralgie rebelle du glosso-pharyngien, fut guérie par l'alcoolisation de la « trigger zone ». Les auteurs insistent sur la nécessité de la recherche au stylet de cette zone d'excitation et de sa disparition après badigeonnage au liquide de Bonain. L'alcoolisation de cette zone fait disparaître la douleur. Avant de proposer la section du nerf, il est donc utile d'essayer l'alcoolisation.

#### **Syringobulbie avec atrophie optique unilatérale ; épreuves manométriques, par MM. COSTE, BOLLOCK, FAUVET et Mme S. DELTHIL.**

#### **Le syndrome du trou occipital, par M. LARUELLE (de Bruxelles).**

#### **Quelques considérations sur le mécanisme de la mort dans les tumeurs cérébrales, par M. Van GEHUCHTEN.**

L'auteur rapporte six cas des plus intéressants de compression de la protubérance et du pédoncule dans les tumeurs cérébrales du lobe temporal.

Des projections de coupes sériees viennent à l'appui de la présentation. L'auteur montre combien il importe, dans les tumeurs du lobe temporal, d'éviter les manœuvres telles que ponction lombaire et ventriculographie, lorsqu'elles ne sont pas indispensables.

On peut se demander également, du point de vue opératoire, si on ne devrait pas faire, même après l'enlèvement de la tumeur, une décompression, pour éviter les phénomènes d'érythrodiapédèse.

*Discussion.* — M. Puech approuve ces remarques et rappelle des cas analogues d'intervention au cours d'engagement temporal.

**Un cas de dolichosténomélie ou maladie de Marfan,**  
par Mme M. ROUDINESCO.

**Les tumeurs de la glande pinéale sans signes focaux des localisations,**  
par MM. SCHAEFFER, TH. DE MARTEL et GUILLAUME.

Les signes des tumeurs de l'épiphyse, paralysie de verticalité du regard, perte du réflexe photomoteur, hypoacousie, macrogénitosomie, sont des signes d'emprunt qui traduisent la souffrance de la région quadrigéminal et infundibulo-tubérienne.

Schaeffer, de Martel et Guillaume rapportent deux cas de gliomes épiphysaires où ces symptômes faisaient entièrement défaut. Dans l'un, le tableau clinique se réduisait à de la stase papillaire, et les auteurs insistent à ce propos sur la discrétion même du syndrome d'hypertension intracrânienne. Dans l'autre, il existait un état confusionnel associé à un syndrome cérébello-vestibulaire.

Les images ventriculographiques qui montrent l'absence de réplétion par l'air du segment postérieur du 3<sup>e</sup> ventricule peuvent seules, dans de tels cas, permettre de localiser la tumeur.

M. LECONTE.

## Société de Médecine légale de France

*Séance du Lundi 13 Janvier 1936*

**Présidence : M. LECLERCQ, président**

**Syndrome tardif d'hypertension intrarachidienne post-traumatique par exostose des os de la voûte, par M. P. MASQUIN (d'Avignon).**

L'auteur fournit un nouvel exemple de complication tardive des traumatismes crâniens en rapportant le cas d'un accidenté du travail qui, ayant été blessé le 23 août 1930, au voisinage du vertex, par la chute d'une pièce de

fer, perdit connaissance un quart d'heure et présenta des céphalées, des vertiges et des vomissements pendant dix jours. Guéri en apparence au quinzième jour, il reprit son travail. Mais, un an plus tard, les céphalées reparurent et s'accrochèrent graduellement. L'état s'aggrava au point de nécessiter l'hospitalisation en avril 1932. Un examen complet permit alors de découvrir l'existence d'une exostose de la table interne du crâne au niveau du traumatisme, de 5 cm. de long sur 2 cm. de large, comprimant le sinus longitudinal. Une trépanation avec ablation de cette exostose améliora l'état du malade qui fut toutefois obligé d'abandonner son ancien métier. Masquin attire l'attention sur ce fait qu'un traumatisme, en apparence bénin, a cependant entraîné des complications tardives et nécessité, 26 mois après la blessure, une large trépanation et déterminé une incapacité de travail définitive importante.

FRIBOURG-BLANC.

---

## Société Française de Psychologie

---

*Séance du Jeudi 27 Février 1936*

---

**Présidence : M. VURPAS, président**

---

### **Les représentations religieuses relatives au « Zar » en Ethiopie du Nord, par M. LEIRIS.**

L'auteur, qui a fait un long séjour en Ethiopie du Nord, expose un ensemble très intéressant de croyances et de pratiques relatives à la notion de « Zar ». Les Zars sont des êtres surnaturels formant une société hiérarchisée superposable à la société humaine ; fils d'Eve qui avait voulu les cacher à Dieu, rendus invisibles pour la punir, ils exercent sur les humains une action ambivalente surtout en rapport avec la maladie et la santé ; la maladie apparaît comme l'effet d'une faute envers un Zar, la guérison comme une réparation et un rachat souvent onéreux qui déplace la force maléfique. L'initiation consiste généralement en un traitement ; elle groupe des « Illuminés » formant des sectes qui, malgré leur rivalité avec les clercs, sont bien tolérées par l'Eglise.

D. LAGACHE,

---



## Société de Médecine Mentale de Belgique

---

Séance du 25 Janvier 1936

---

Présidence : M. G. VERMEYLEN, président

---

### La psychiatrie dans ses rapports avec la psychopathologie de l'enfant, par M. G. VERMEYLEN (*Discours présidentiel*).

A côté des examens quantitatifs par la méthode des tests mentaux, on néglige trop souvent encore, à l'heure actuelle, l'examen qualitatif du psychisme infantile, et lorsqu'on le pratique, on cherche généralement à classer les troubles observés dans le cadre des troubles décrits chez l'adulte. C'est là une erreur, car la psycho-pathologie de l'enfant constitue réellement une étude spéciale. Loin de se laisser assimiler à la psychiatrie de l'adulte, elle représente au contraire une excellente introduction à son étude.

Nos méthodes d'investigation psychiatrique ont souvent un caractère trop statique et l'étude de la période infantile permet de mieux comprendre bon nombre de manifestations morbides, en apparence paradoxales, comme l'a d'ailleurs démontré la psychanalyse.

L'auteur insiste sur le caractère neurotrope de diverses infections de l'enfance, dont peuvent dépendre certaines manifestations tardives à prédominance névropathique, même lorsqu'il n'y a eu aucune apparence d'accidents nerveux au moment de l'infection. Les séquelles de traumatismes, même bénins, peuvent agir dans le même sens, et provoquer des troubles tardifs, à l'occasion de la puberté par exemple, ou de toute autre modification dans la physiologie du sujet.

D'autre part, le milieu et l'éducation, les essais successifs de l'enfant pour s'adapter aux diverses situations, interviennent également pour une large part dans la constitution du caractère. Toutes ces valeurs psychiques sont encore rebrassées à la puberté, et les troubles qui peuvent survenir ultérieurement, comme le soi-disant automatisme mental par exemple, poussent des racines profondes dans le psychisme infantile.

### Aphasie de Wernicke chez une syphilitique, par M. J. HEERNU.

Présentation d'une malade admise à l'hôpital comme suspecte de paralysie générale, mais atteinte en réalité d'un syndrome aphasique du type Wernicke, en voie d'amélioration.

La réaction de Bordet-Wassermann est positive dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien ; la recherche de l'index de Dujardin plaide en

faveur d'une syphilis cérébrale, mais après dilution du liquide, on obtient un index de paralysie générale.

L'auteur discute le diagnostic de ce cas et montre les difficultés qu'on peut rencontrer, notamment lorsqu'il s'agit d'anciens syphilitiques faisant des accidents apoplectiformes.

#### **Oligodendrogliome de la base du cerveau, par MM. DIVRY et EYBARD.**

Cette localisation est particulièrement rare ; les auteurs n'en ont trouvé qu'une seule observation dans la littérature. Il s'agit d'un homme dont l'affection a débuté en 1933 par des accès épileptiques avec troubles du caractère et hypersomnie ; pas de signes neurologiques, pas de céphalées. Il se plaignit ensuite d'un affaiblissement de la vue en même temps que son état mental s'altérait gravement. L'examen oculaire mit en évidence une atrophie optique bilatérale par stase papillaire ancienne et à la radiographie on constatait, outre un aspect pommelé, des calcifications suprasellaires.

A part une légère inégalité des réflexes tendineux, l'affection évolua sans signes pathologiques nouveaux, et la mort survint à la suite d'accès épileptiques subintrants. La base du cerveau était occupée par une énorme tumeur, s'étendant des péduncules cérébraux au pôle antérieur des lobes temporaux et à la face inférieure des lobes frontaux, infiltrant le chiasma et les noyaux caudés et pénétrant dans la substance blanche des hémisphères, surtout à droite.

Histologiquement, il s'agissait d'une masse de structure homogène présentant les caractères de l'oligodendrogliome, avec hyperplasie vasculaire.

Les auteurs insistent sur la rareté de cette localisation, et sur la pauvreté de la symptomatologie malgré l'atteinte de toute une série d'organes importants.

#### **Forme délirante de confusion mentale due à une pyohémie à colibacilles, par M. DESMEDT**

Relation du cas d'un malade qui, à la suite de brûlures étendues des membres inférieurs fit un épisode confusionnel d'allure maniaque avec élévation de la température, et qui évolua en 7 mois. L'autopsie permit d'établir qu'il s'était agi d'une infection colibacillaire généralisée ayant déterminé des lésions des systèmes digestif, urinaire et nerveux, et qui résista à tous les traitements anti-infectieux. Bien que les accidents nerveux n'ayant débuté qu'au moment où les brûlures étaient presque guéries, il semble qu'on doive considérer, au point de vue médico-légal, que celles-ci ont été la cause primaire de l'ensemble de l'affection.

#### **La prophylaxie criminelle et les psychiatres, par M. L. VERVAECK.**

Il s'est créé, au sein de la Ligue belge d'Hygiène mentale, une Société de prophylaxie criminelle qui a pour but d'étudier les moyens qui pourraient être mis en œuvre pour agir sur les causes de la criminalité, dans le cadre d'un organisme international.

L'auteur montre le rôle que pourraient jouer les psychiatres dans un tel organisme et fait appel à la collaboration des membres de la Société de Médecine mentale.

J. LEY.

## **Groupement Belge d'Etudes Oto-Neuro-Ophtalmologiques et Neuro-chirurgicales**

---

*Séance du 25 Janvier 1936*

---

**Présidence : M. CHEVAL, président**

---

### **Aspect de thrombophlébite du sinus caverneux, complication d'une septicémie, par MM. J. COPPEZ et P. MARTIN.**

Présentation d'un malade qui, à la suite d'un léger traumatisme de la cheville droite, fit des localisations purulentes diverses avec signes d'infection générale. L'hémoculture fut négative mais l'examen du pus montra qu'il s'agissait de streptocoque hémolytique. Il se produisit une ophtalmie métastatique ou irido-choroïdite suppurée de l'œil droit, dont l'aspect en imposait au début pour une thrombophlébite du sinus caverneux. La présence de pus dans la chambre antérieure de l'œil permit le diagnostic.

### **Recherches anatomo-expérimentales sur la région du lemniscus latéral et ses commissures, par M. A. GEREBTZOFF.**

Après avoir pratiqué chez des lapins des lésions totales et partielles des noyaux dorsal et ventral du lemniscus latéral, l'auteur étudie par la méthode des dégénérescences le trajet des fibres commissurales de ces formations. Il arrive à la conclusion que le rôle de ces noyaux doit être moteur, en relation avec les centres visuels et auditifs. Il émet l'hypothèse que leur rôle doit être de diriger l'orientation réflexe des yeux et de la tête vers le point de l'espace d'où vient le son.

### **Hypotonie atonique traumatique de l'artère centrale de la rétine, par M. H. COPPEZ.**

Après avoir exposé l'état de nos connaissances actuelles sur la signification des variations de tension dans l'artère centrale de la rétine et dans la veine centrale de la rétine, et rappelé les travaux récents de Fritz, l'auteur relate trois cas de traumatisés du crâne chez lesquels il a observé une diminution de pression dans l'artère centrale au lieu de l'augmentation habituellement constatée. Il n'y avait pas de diminution correspondante de la pression du liquide céphalo-rachidien. La pression veineuse était très basse également.

Ces cas n'ont pas encore été suivis pendant un temps suffisant pour pouvoir dire s'ils comportent un pronostic ou un traitement particuliers.

**Le mécanisme de la mort dans certains cas de tumeurs cérébrales,**  
par M. P. Van GEUCHTEN.

Certaines tumeurs cérébrales s'accompagnent d'un engagement de la partie interne du lobe temporal dans la fosse cérébrale postérieure, ce qui détermine une compression du tronc cérébral (Clovis Vincent). L'auteur relate six observations anatomo-cliniques, dans lesquelles ce phénomène s'est produit.

Dans tous les cas, il a observé au niveau des pédoncules et de la protubérance des lésions vasculaires importantes sous forme de stase avec foyers hémorragiques centrés sur des artérioles dilatées mais non rompues. L'épanchement sanguin se fait par érythro-diapédèse. Ces constatations viennent à l'appui des idées de Ricker sur le rôle de l'irritation du système nerveux artériel dans les troubles vasculaires conduisant à l'hémorragie. Ces lésions ont déterminé la mort dans les cas envisagés et l'auteur discute les précautions à prendre pour parer éventuellement à l'engagement du lobe temporal.

**La ventriculographie dans les abcès cérébraux,** par M. P. MARTIN.

La localisation des abcès cérébraux est souvent facile, grâce au voisinage de la lésion causale. L'auteur relate deux cas dans lesquels la ventriculographie a permis de repérer des abcès éloignés, consécutifs, le premier à une mastoïdite qui avait déterminé un abcès du lobe occipital, le second à des lésions purulentes de la face, suivies d'un abcès du lobe frontal.

Dans un troisième cas, l'histoire clinique et la symptomatologie en imposaient pour un abcès cérébral, mais la ventriculographie a montré une image normale. Il s'agissait en réalité d'une arachnoïdite consécutive à une mastoïdite, et qui guérit après trépanation décompressive.

La ventriculographie est une épreuve simple, que l'on considère trop souvent encore comme dangereuse, et dont l'application permet cependant dans beaucoup de cas une intervention plus rapide et plus précise.

J. LEY.

---

# ANALYSES

---

## JOURNAUX ET REVUES

---

### PSYCHIATRIE

**Hypertonie paroxystique émotionnelle** (Paroxysmal Hypertonia Induced by Affect), par Max LEVIN. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXXII, n° 6, pp. 1286-1301, décembre 1934.

On connaît bien la résolution musculaire cataleptique en relation avec un choc émotif. Le mécanisme des crises hypertoniques produites au cours de perturbations affectives brutales est plus obscur. M. Levin a observé le symptôme chez des animaux effrayés ou frappés par une vive impression sensorielle. Chez l'homme les localisations et l'évolution des phénomènes hypertoniques sont très variables. Ils contrastent souvent avec la constatation courante de la contraction musculaire au cours des impressions pénibles et du relâchement accompagnant le rire. La conscience reste intacte. On ne sait s'il s'agit d'irritabilité réflexe analogue à celle que produit la strychnine ou d'interruption de l'inhibition des voies cérébrales supérieures.

P. CARRETTE.

**La catatonie**, par P. MEIGNANT. *La Presse Médicale*, n° 100, pp. 2017-2021, 15 décembre 1934.

Les recherches de ces 8 dernières années ont permis, d'une part, de dégager la catatonie des manifestations apparemment semblables telles que la catalepsie et le parkinsonisme, d'autre part d'orienter nettement le problème de son mécanisme. L'expérimentation a précisé les effets de la bulbo-capnine et des toxines colibacillaires, tuberculeuses et typiques. La question du syndrome catatonique dans la démence précoce importe moins aujourd'hui que celle de la valeur très générale du syndrome psycho-moteur, dont la réalité clinique et physio-pathologique paraît devoir s'affirmer de plus en plus. Ainsi, la catatonie devient une manifestation liée à un certain nombre d'affections du système nerveux et parfois même une véritable entité, ce qui implique un progrès considérable dans son étude et l'aveu de quelques inconnues persistantes.

P. CARRETTE.



**De la toxicité dans la schizophrénie**, par le prof. P.-E. SNESSAREF. *Sovietskaia Psiechonevrologia*, T. X, n° 5, 1934, p. 17-24.

Les humeurs des malades atteints de schizophrénie, contiennent des substances toxiques. Les caractères du processus cérébral plaident aussi en faveur d'une étiologie toxique à tendance diffuse. C'est une encéphalopathie dystrophique qui reflète un état général déficient de l'organisme. Ne connaissant pas l'agent toxique on ne peut pas dire que le processus est abiotique. L'affection agit probablement à la façon des rayons X ou du radium. Il ne faut pas perdre de vue l'allergie où une substance peu active devient toxique pour l'organisme et l'encéphale.

FRIBOURG-BLANC.

**Tuberculose et démence précoce** (*Tuberculosis y demencia precoz*), par Manuel-M. CABEZA. *Boletín del Asiló de Alienados en Oliva*. T. II, n° 6, pp. 257-265, décembre 1934.

Les rapports cliniques de la tuberculose et du syndrome de la démence précoce ont été maintes fois signalés : remplacement et balancement des symptômes, combinaison évolutive. Le mécanisme invoqué est celui de la fixation des toxines neurotropes. La démonstration n'est pas encore faite pour la tuberculose, mais l'exemple des toxines colibacillaires et typhiques justifie les analogies. M. Cabeza entrevoit la possibilité d'édifier une pathogénie sur le neurotropisme des toxines dont la parenté est probable et qui, de la colibacillose à la tuberculose, en passant par l'infection éberthienne, auraient le pouvoir de créer des syndromes neuro-psychiatriques entrant dans les cadres de la schizophrénie.

P. CARRETTE.

**Démence infantile. A propos de deux observations cliniques** (*Demencia infantilís. Con motivo de dos observaciones clínicás*), par W. LÓPEZ ALBO. *Archivos de Neurobiología*. T. XIV, n° 4, pp. 549-566, 1934.

Les démences de l'enfance se divisent en plusieurs catégories : les unes sont liées aux encéphalopathies ; elles aboutissent aux grosses atrophies et aux insuffisances mentales ; les autres consécutives aux infections fournissent des encéphalites dont la plus fréquente est la paralysie générale. On décrit également des formes mentales dont l'étiologie reste obscure par l'absence de précisions anatomiques, ce sont les démences précocissimes. Les recherches de M. López Albo conduisent à la description d'une démence infantile de forme dégénérative, caractérisée par de l'agitation, de l'anxiété précédant un affaiblissement psychique avec aphasie. Les antécédents héréditaires sont chargés. L'intérêt de ces observations se précise quand on les compare à celles de Pick et d'Alzheimer chez l'adulte et le vieillard. Si on poursuivait leur étude, et surtout celle des formes de passage ou frustes, la pathogénie de la schizophrénie et des psychoses d'involution se dégagerait sans doute plus aisément.

P. CARRETTE.

**Les démences chez l'enfant**, par Gilbert ROBIN. *Société Médico-Chirurgicale des Hôpitaux libres*, 3 décembre 1934. *Archives Hospitalières*, n° 1, pp. 39-48, janvier 1935.

L'auteur présente des observations de paralysie générale, de schizophrénie, de chorée chronique, de déséquilibre psychique avec agitation et incohérence, d'affaiblissement psychique coïncidant avec des intoxications répétées par l'oxyde de carbone, de séquelles d'encéphalite épidémique. Dans tous ces cas, l'élément démentiel vrai est souvent réduit. Une débilité mentale acquise serait le résultat de certaines attaques de l'encéphale ; état nettement différent de l'affaiblissement démentiel et accessible aux interventions thérapeutiques.

P. CARRETTE.

**La syphilis congénitale chez les déficients mentaux adultes** (Congenital Syphilis in Mental Defective Adults), par K.-C.-L. PADDLE. *The Journal of Neurology and Psychopathology*. T. XV, n° 58, pp. 147-159, octobre 1934.

Les réactions sérologiques sont assez rarement positives dans la syphilis héréditaire. La fréquence de la syphilis congénitale est plus élevée chez les imbéciles que chez les idiots et les débiles et chez les épileptiques paralyés que dans les cas non compliqués, d'après les recherches de M. Paddle. Il n'a pas trouvé de preuves de l'origine syphilitique du mongolisme. Le crétinisme, la choréo-athétose et les états post-encéphaliques épidémiques ne paraissent pas en connexions habituelles avec la syphilis héréditaire. Les signes spécifiques sont tardifs, dans d'assez nombreux cas ; ils subiraient même l'influence de certaines perturbations fonctionnelles de l'adulte, de la ménopause par exemple.

P. CARRETTE.

**Etudes cliniques sur les différents types de psychoses dépressives** (Clinical Studies on Particular Types of Depressive Psychoses), par Paul SCHILDER. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. T. LXXX, n°s 5 et 6, pp. 501-527 et 658-683, novembre et décembre 1934.

Les différentes formes de dépression mentale se reconnaissent par l'analyse. Le tableau psychologique est en connexion avec certains points de fixation et ces points de fixation ont une valeur relative suivant les cas. Les troubles permanents du schizophrène sont ainsi différenciés des bouffées de la psychose maniaque-dépressive. Un fort composant sadique se retrouve dans tous les cas. Le complexe d'Œdipe est constant, mais son intensité est variable. La valeur initiale des tendances anales et orales s'efface au cours de l'évolution. Les manifestations narcissiques inconscientes ne dominent pas le tableau psychopathique. Le diagnostic différentiel est soumis à l'influence décisive de l'organisation de la personnalité globale.

P. CARRETTE.

**Des rapports entre la psychose dépressive et la psychasthénie** (Dei rapporti fra le psicosi depressive e la psicastenica), par P. ARMENISE (de Bari). *Il Cervello*, Novembre 1934, p. 323 à 383.

Travail important sur un point de clinique et de pathogénie psychiatrique qui a déjà fait l'objet de tant de controverses. L'étude clinique et statistique de 213 cas permet à l'auteur de conclure que les obsessions sont fréquentes au cours des maladies mentales (notamment dans l'élaboration délirante dont elles vérifient ainsi la part psychogénétique). Les états dépressifs réactionnels ou justifiés ont des antécédents obsessionnels dans 95 0/0 des cas tandis qu'on ne les trouve que dans 5,50 0/0 des cas de fond cyclique pur. Les dépressions symptomatiques et involutives ont un pourcentage d'accidents obsessionnels assez notable. Ils surviennent, dit l'auteur, chez les sujets à constitution « anankastica » (compulsionnelle diraient peut-être les psychanalystes ?) Le suicide ne peut pas être considéré comme un caractère distinctif entre la dépression psychasthénique et la mélancolie. L'anxiété appartient plus au groupe obsessionnel que mélancolique. Ces propositions et d'autres plus théoriques mériteraient plus d'une critique. Dans l'ensemble on peut s'étonner que le rapport inverse de l'obsession naissant de la dépression mélancolique ne soit pas envisagé. Bibliographie tout à fait rudimentaire.

Henri Ex.

**Psychoses endogènes atypiques à la lumière de recherches familiales** (Atypische endogene Psychosen in Lichte der Familiernforschung), par K. LEONHARD (Gabersée). *Zeitschr. f. d. g. Neuro. und Psych.*, Tome CXLIX, p. 520 à 562.

Exposé de patientes et méthodiques recherches portant sur huit familles de psychopathes. Dans l'ensemble, il s'agit dans tous ces cas de psychoses atypiques entrant mal dans les cadres connus et « à cheval » entre le groupe schizophrénique et le groupe maniaque-dépressif. L'histoire de la deuxième famille est particulièrement curieuse par le nombre d'aliénés : sur près de 70 sujets connus, 18 aliénés et 11 déséquilibrés. Le plus frappant est l'absence de psychoses typiques dans les antécédents de ces familles vouées à des troubles mentaux rebelles à toute nosographie. Un doute paraît raisonnable cependant en ce qui concerne le bien-fondé de la notion typique ou atypique appliquée à des faits observés de deuxième ou troisième main.

Henri Ex.

**Les psychoses affectives prodromiques de l'encéphalite épidémique et des syndromes parkinsoniens** (Le psicosi affective prodromiche dell'encefalite epidemica e delle sindromi parkinsoniane), par Tomasso SENISE (de Naples). *Il Cervello* n° 1, Janvier 1935, p. 7 à 14.

L'auteur rapporte trois observations personnelles de psychoses affectives (type maniaque-dépressif dans un cas et mélancolie dans les deux autres) qui ont précédé l'évolution d'un syndrome parkinsonien. Ce que nous savons (Foerster et Gagel) de la physiopathologie mésencéphalique de l'excitation maniaque peut nous aider à comprendre, selon l'auteur, une telle évolution pleine à coup sûr d'intérêt.

Henri Ex.

**Des hallucinations visuelles et de certaines particularités des troubles de la perception au cours de l'encéphalite épidémique**, par Mme E. L. KAGANOWSKAIA (*Sowietskaia nevropatologiuia psichiatra i psychogniuiena*, T. III, fasc. 8, 1934).

Au cours de l'évolution des formes chroniques de l'encéphalite épidémique, on peut observer souvent l'association de troubles oniriques d'intensité variable avec des hallucinations visuelles. Parmi ces hallucinations, la première place revient aux hallucinations hypnagogiques. Cliniquement, elles se distinguent par leur simplicité « puérile », leur caractère « corporel » et par l'acuité de leur perception. Cependant, elles ne servent pas de thème psychotique et n'influent pas sensiblement sur la conduite des malades ni sur leur personnalité. Mais dans des cas de troubles graves de la conscience, on peut assister à des délires émaillés d'hallucinations particulièrement précises et vivantes. Dans la structure et la genèse des hallucinations visuelles, un rôle important revient, à côté des troubles de la conscience, aux troubles sensoriels et végétatifs des malades, car ils impriment aux images hallucinatoires leur tonalité d'acuité sensorielle aiguë.

FRIBOURG-BLANC.

**Psychoses de l'encéphalite épidémique chronique** (*Psychosen bei chronischer Encephalitis epidemica*), par R. HELSPER (Bedburg-Han). *Zeitschr. f. d. g. Neuro. und Psych.*, Tome CXLIX, p. 274 à 409.

Ce travail est basé sur l'observation de sept nouveaux cas de troubles mentaux dus à l'encéphalite. Tous ces malades étaient jeunes, de 26 à 40 ans. Trois avaient des antécédents névropathiques. Les tableaux cliniques observés ont été celui des états hallucinatoires avec troubles du rythme affectif dans 5 cas, un état obsessionnel et un état de type maniaque-dépressif chez un dégénéré. Les caractères des hallucinations auditives et surtout visuelles ont été typiquement conformes à ce que l'on observe le plus souvent : oscillation des croyances, production dans les phases hypnagogiques vespérales et nocturnes, sentiments d'influence, réactions anxieuses, etc. Dans un de ces cas on a noté l'apparition de crises d'épilepsie. Le syndrome léthargico-agrypnique d'une part et les troubles de la spontanéité volontaire paraissent à l'auteur les traits marquants des troubles mentaux des parkinsoniens. Leur évolution se fait dans les deux sens caractéristiques, soit vers une élaboration constructive du délire, soit vers une chute progressive de l'initiative psychomotrice. Bibliographie très sommaire

Henri Ey.

**Psychose typhique** (*Psicosis Tifica*), par Manuel-M. CABEZA. *Boletín del Asilo de Alienados en Oliva*, n° 5, pp. 155-174, septembre 1934.

La typhoïde s'accompagne de réaction méningée au début ou parfois de délire tardif. Le diagnostic étiologique en est facile. Il y a en outre des accidents lointains. Dans l'anamnèse de certains délirants, on ne trouve quelquefois qu'une dothientérie et il est légitime d'y rattacher la psychose si on en croit M. Cabeza. Le bacille d'Eberth résiste à la guérison clinique de la typhoïde ; il colonise dans la vésicule biliaire ; ses toxines

altèrent d'importantes fonctions. Cliniquement nous trouvons des psychoses du type toxi-infectieux avec délire et confusion, des délires polymorphes et même des délires systématisés.

P. CARRETTE.

**Infection des voies biliaires et troubles mentaux** (Infecção das Vias Biliares e Perturbações Mentaes), par Mario YAHN. *Revista de Neurologia e Psiquiatria de São Paulo*. T. I, n° 1, pp. 71-79, octobre 1934.

Les troubles mentaux s'accompagnent souvent de symptômes hépatobiliaires. Rarement il est possible d'établir un rapport de cause à effet entre les deux groupes de perturbations. L'auteur présente trois observations de malades atteints d'angiocholécystite démontrée par l'analyse de la bile retirée du tubage duodénal. Le premier est en outre un déprimé irritable, le deuxième un mélancolique désorienté, le troisième un confus halluciné. M. Yahn soigne presque exclusivement leur infection biliaire et les troubles mentaux guérissent ou s'améliorent nettement. Cependant, l'un des malades guéri cliniquement est soumis à un nouvel examen biliaire, qui montre la persistance de l'infection.

P. CARRETTE.

**Etats d'excitation post-opératoires** (Postoperative States of Excitement), par Wendell MUNCIE. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXXII, n° 4, pp. 681-703, octobre 1934.

Une intervention chirurgicale peut déclencher des troubles mentaux chez certains sujets prédisposés ou à la faveur du développement d'une toxi-infection. L'anesthésie générale ne paraît jouer qu'un rôle secondaire. Les facteurs psychologiques immédiats ont été négligés. L'auteur observe des cas de dépression avec craintes, phobies et d'excitation d'allure maniaque. Les réactions sont toutefois nettement différentes des phases de la psychose maniaque-dépressive.

P. CARRETTE.

**La psychose aiguë de Korsakoff des alcooliques**, par L. MARCHAND et A. COURTOIS. *Revue Neurologique*. T. II, n° 4, pp. 425-453, octobre 1934.

Il ne s'agit pas dans cette étude de cas plus ou moins sévères du syndrome de Korsakoff avec tendance à la persistance prolongée des troubles, mais d'une forme grave d'encéphalomyélite parenchymateuse, envahissant brusquement un organisme déjà touché par l'intoxication alcoolique. Les signes généraux auront ici une place importante : subictère, épuisement, hypotension, troubles digestifs, augmentation de l'urée sanguine. Le syndrome mental est caractérisé par une confusion intense avec onirisme, souvent anxiété et délire. La paraplégie est globale et progresse rapidement. On conçoit qu'un tel ensemble atteste l'insuffisance hépatique grave et ne laisse pas d'espoir aux thérapeutiques connues. L'évolution fatale est rapide. Les lésions décelées par MM. Marchand et Courtois touchent essentiellement la cellule nerveuse : atrophie des cellules pyramidales géantes des régions motrices, des cellules de la couche optique et des cornes antérieures de la moelle. Les nerfs périphériques ne sont pas fatalement touchés ; du moins leur atteinte n'est pas primitive. Les lésions se sura-



ajoutent à la méningite chronique, à la sclérose cérébrale diffuse et aux altérations des parois vasculaires en rapport avec l'ancienneté de l'intoxication.

P. CARRETTE.

**Un nouveau procédé d'intoxication par le chanvre indien : la marihuana. Etude clinique (Marihuana Intoxication. A Clinical Study of Cannabis Sativa Intoxication),** par Walter BROMBERG. 89<sup>e</sup> Meeting Annuel de l'*American Psychiatric Association*, Boston, 29 mai-2 juin 1933 in *The American Journal of Psychiatry*. T. XCI, n° 2, pp. 303-330, septembre 1934.

Les pouvoirs publics et l'élite médicale se sont justement émus, en Amérique, de la propagation récente d'une intoxication, connue depuis l'antiquité dans son principe, mais renouvelée dans sa présentation par une ingénieuse adaptation au snobisme dépravé des grandes villes. C'est surtout l'Amérique latine des confins mexicains qui compte des victimes. Le classique ouvrage de Moreau de Tours a depuis longtemps vulgarisé la symptomatologie de l'intoxication par le haschich et ses modes d'emploi, mais la marihuana répond à une formule nouvelle. C'est une cigarette vendue clandestinement. Il est vraisemblable qu'au chanvre, les fabricants ajoutent des excitants tels que la cocaïne, la cantharidine ou la mescaline. Imitant ces guerriers turcs dont les instincts sanguinaires étaient stimulés par l'ivresse du *dawamesk*, les intoxiqués modernes fument la marihuana pour connaître cette euphorie, cette impression de facilité, de force et de sûreté qui rendent la conception d'un vol ou d'un crime à commettre particulièrement aisée. Toutefois l'extrême variabilité des effets ne permettant pas un contrôle exact, les symptômes morbides sont souvent déclenchés brutalement : agitation anxieuse ou coléreuse, crises de fou-rire, hallucinations diverses, visuelles ou somatiques avec excitation sexuelle. L'accès se termine par la prostration, l'apathie. La déchéance intellectuelle et éthique est rapide. Les crises psycho-névropathiques se renouvellent et se prolongent, tandis que s'installe le sentiment d'irréalité extérieure ou corporelle avec inquiétude, désintégration des perceptions et dissociation de la mémoire.

P. CARRETTE.

**Troubles mentaux produits par l'intoxication aiguë par la marihuana (Trastornos mentales producidos por la Intoxicación aguda de Marihuana),** par Samuel RAMIREZ-MORENO. *Revista mexicana de Psiquiatria, Neurologia y Medicina Legal*. T. I, n° 4, pp. 9-16, novembre 1934.

Les troubles provoqués par la Marihuana ressemblent aux accidents psychiques de l'alcoolisme. Aux documents cliniques, l'auteur joint ceux de l'expérimentation. La phase initiale d'excitation et d'euphorie avec troubles sensoriels, surtout visuels, est suivie de torpeur et d'assoupissement. On sait que la Marihuana est une préparation à base de chanvre indien. Les fumeurs, devenus nombreux au Mexique et dans les Etats-Unis du Sud, présentent rapidement des signes de déchéance intellectuelle et morale. La lutte entreprise par les pouvoirs publics contre les trafiquants donne actuellement des résultats encourageants.

P. CARRETTE.

**Les états crépusculaires, leur genèse et leur structure**, par le Prof.-agrégé N.-M. KROL et E.-M. BONNEGARDE. *Sovietskaia Psichonevrologia*, T. X, n° 5, 1934, p. 25-31.

Sur un matériel de 13 cas observés, les auteurs remarquent que les états crépusculaires prévalent chez des individus de constitution asthénique chez lesquels l'état de conscience rétrécie est combiné avec des interruptions de la conscience. Les formes pures s'observent dans les états crépusculaires psychogènes. Dans les états crépusculaires exogènes le rétrécissement et la perte de la conscience s'accompagnent de torpeur confusionnelle. Les états crépusculaires épileptiques et épisodiques tiennent une place intermédiaire.

FRIBOURG-BLANC.

**Etat mental des épileptiques (Mental State of the Epileptic Patient)**, par Edward M. BRIDGE. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXXII, n° 4, pp. 723-736, octobre 1934.

L'auteur distingue très judicieusement deux types d'épileptiques. Les uns ont des crises rares qui interviennent à peine dans leur comportement. Ce sont des dégénérés héréditaires, pour lesquels les problèmes d'adaptation sociale sont essentiels. Pour d'autres, les troubles physiques sont essentiels et c'est avant tout à la réduction des manifestations convulsives et vertigineuses qu'il faut s'adresser pour réadapter les patients et leur rendre la plénitude de leur vitalité.

P. CARRETTE.

**Etudes en séries de l'intelligence chez les épileptiques (Serial Studies of the Intelligence of Patients with Epilepsy)**, par Joseph FETTERMAN et Margaret R. BARNES. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXXII, n° 4, pp. 797-801, octobre 1934.

Une série d'études de l'intelligence-quotient chez les épileptiques prouve que pour la majorité des patients les facultés intellectuelles sont conservées chez les sujets régulièrement soignés par la médication sédatrice et adaptés à une activité sociale constante. Cette conservation des facultés peut être associée à une forme sévère initialement ; elle reste donc indépendante de l'intensité des crises et de leur fréquence.

P. CARRETTE.

**Maladie d'Alzheimer (Alzheimer's Disease)**, par D. ROTHSCHILD. 89<sup>e</sup> meeting annuel de l'*American Psychiatric Association*, Boston 29 mai-2 juin 1933, in *The American Journal of Psychiatry*, T. XCI, n° 3, pp. 485-519, novembre 1934.

Les cinq observations très complètes présentées par l'auteur confirment le polymorphisme des manifestations groupées sous le nom de maladie d'Alzheimer. Certains syndromes s'apparentent à l'atrophie de Pick. La multiplicité des facteurs exogènes et des éléments pathogènes internes est celle même de la démence sénile dans ses différents types cliniques initiaux.

P. CARRETTE.

**Les conditions étiologiques et pathogéniques des psychoses séniles**, par F. COLAPIETRA (Aquila). *Annali dell'ospedale psichiatrico di Perugia*, décembre 1934.

L'auteur étudie 100 cas de folies séniles des deux sexes. Il note que si ces psychoses sont souvent provoquées par l'association de conditions pathogéniques, soit héréditaires, soit surtout survenues au cours de la vie du sujet (affections aiguës, infections passagères ou chroniques, traumatismes, alcool...), dans presque tous les cas un élément constitutionnel apporte un facteur étiologique prédominant.

P. ABÉLY.

**Paralyse générale sénile (Paralysis Geral Senil)**, par Adanto BOTELHO. *Arquivos Brasileiros de Neuriatria e Psiquiatria*. T. XVII, n° 4, pp. 219-240, juillet-août 1934.

Moreira et Vianna ont publié au Brésil, de 1905 à 1914, d'abondants documents sur la paralysie générale survenant chez des sujets âgés. M. Botelho définit la paralysie générale sénile une méningo-encéphalite chronique diffuse, d'origine luetique, survenant après 60 ans. Il publie un certain nombre d'observations et signale plusieurs types cliniques : la forme confusionnelle, la forme agitée, la forme démentielle, la forme expansive. Il faut rappeler à ce propos quelques notions très simples, très nettes, apportées par M. Marchand et M. Guiraud. Il n'est pas admissible de donner comme caractéristique à la forme sénile de la paralysie générale son apparition après 60 ans. Ce n'est pas l'état civil qui importe, mais bien le fait qu'un type anatomique et clinique existe. Or il y a une forme sénile de la paralysie générale, voisine de la forme associée à l'athérome cérébral et à celle de Lissauer. C'est son diagnostic difficile qu'il peut être utile de préciser, car l'expression clinique de la méningo-encéphalite y est souvent masquée par les complications.

P. CARRETTE.

**La diffusion de la paralysie générale au Brésil et dans d'autres parties du monde** (La diffusione della paralisi progressiva in Brasile e in altre parti del mondo), par Ivanasso SEUISE (de Naples). *Il Cervello* n° 2, Mars 1935, p. 81.

Etude très documentée mais faussée à la base par l'observation (que l'auteur ne manque pas de faire avec un sens critique louable) que le plus grand nombre de malades connus ne se superpose pas exactement à la notion d'une plus grande diffusion de la paralysie générale ! Les statistiques portent principalement sur le Brésil, l'Argentine et l'Italie. Seuisse signale le nombre progressif des cas connus de paralysie générale chez la femme.

Henri Ey.

**La forme clinique dans la production des rémissions chez les paralytiques généraux. Etude clinique**, par Alex OBREGIA, Alfred DIMOLESCO et Alex VASILESCO. *Le Monde Médical*, n° 856, pp. 1021-1027, 1<sup>er</sup> décembre 1934.

L'étude minutieuse de l'évolution d'une paralysie générale serait indispensable pour pronostiquer les effets de la malariathérapie. Elle renseigne-

rait, non seulement sur l'opportunité du traitement, mais même sur les modalités de la cure à entreprendre. Les auteurs ont généralement observé des résultats excellents dans les formes maniaques, confuses et délirantes, et aussi dans les tabo-paralysies. Ils font des réserves sur les variétés dépressives et les variétés à troubles somatiques dominants. Ils contre-indiquent la malarisation dans certaines formes séniles, galopantes et schizoïdes et dans certains cas de complications vasculaires.

P. CARRETTE.

**Etats affectifs des paralytiques généraux** (Emotional States of General Paresis), par Purcell G. SCHUBE. *The American Journal of Psychiatry*. T. LXXXXI, n° 3, pp. 625-638, novembre 1934.

On oublie trop souvent qu'un paralytique général n'est pas seulement un syphilitique cérébral, mais encore un sujet atteint de psychose. M. Schube montre l'importance de la personnalité du malade, altérée et cependant reconnaissable à travers la maladie. La pyrétothérapie, la chimiothérapie ne doivent pas résumer toute l'intervention médicale. La psychothérapie est d'autant plus utile que les méthodes anti-syphilitiques sont plus efficaces. Les espoirs de réadaptation sociale sont devenus légitimes chez de nombreux paralytiques généraux, mais il est indispensable de diriger cette réadaptation.

P. CARRETTE.

**Etude clinique du délirium** (A Clinical Study of Delirium), par Desmond CURRAN. *Proceedings of the Royal Society of Medicine, section of Psychiatry*. T. XXVII, n° 3, pp. 53-59, octobre 1934.

Le terme « delirium » est bien celui qui convient à l'étude de M. Curran. C'est un sujet beaucoup moins compréhensif que celui du délire, car il ne s'adresse qu'à cette forme de trouble des idées, plus ou moins aiguë, accompagnée de confusion, de désorientation. Les observations faites avec les éléments étiologiques les plus divers montrent que si l'agent causal mérite d'être retenu par son influence sur l'intensité, la durée et la permanence de la perturbation fonctionnelle provoquée, il ne saurait par contre avoir une valeur réellement spécifique. Les facteurs exogènes restent subordonnés. Ils sont intéressants à préciser pour l'étude du mécanisme et de l'évolution, mais le point de vue clinique reste dominé par la personnalité antérieure du sujet et par les stimuli auxquels il est soumis pendant sa maladie.

P. CARRETTE.

**Le délire de Miller. Etude comparée de la psychologie des fous** (The Miller Delusion. A Comparative Study in Mass Psychology), par Simon STONE. *The American Journal of Psychiatry*. T. LXXXXI, n° 3, pp. 593-623, novembre 1934.

Les prophéties de Miller qui devaient, en 1843-1844, se réaliser sous une forme sensible, engendrèrent une épidémie délirante qui forme un chapitre curieux de l'histoire du mysticisme morbide. M. Stone rapporte 24 observations recueillies par M. Chandler au New Hampshire State Hospital. L'auteur n'a pas nos soucis nosologiques. Ses malades ont de nombreux trou-

bles sensoriels en rapport avec l'attente des événements célestes, qui forme la base de leur croyance, mais ce qui domine, suivant leur tempérament, c'est le trouble émotif, du type maniaque dans la majorité des cas. Si les thèmes religieux deviennent plus rares, les mystiques restent et toutes les périodes de l'histoire trouvent un état affectif du public favorable à leur développement, base propice à l'éclosion des psychoses collectives dont les types réactionnels se retrouvent malgré la variété des thèmes générateurs.

P. CARRETTE.

**L'auto-épilation dans les maladies mentales**, par M. Guido CARNEVALI (Perugia). *Annali dell'ospedale Psichiatrico di Perugia*, décembre 1934.

L'auteur préfère le terme d'auto-épilation à celui habituellement employé de « tricotillomanie ».

Il étudie ce symptôme clinique dans diverses maladies mentales, en particulier il cite quatre observations détaillées se rapportant à deux cas de démence précoce, à un cas de paralysie générale, à un cas de psychasthénie.

Ce signe clinique n'a pour M. Carnevali que la valeur d'un symptôme et non celle d'un syndrome ; on le rencontre dans les formes très variées de maladies mentales et pas obligatoirement à une période dementielle. Son explication pathogénique peut être extrêmement différente (stéréotypie, obsession, auto-punition, etc...).

P. ABÉLY.

## PSYCHOLOGIE

**Introduction à une science du caractère**, par Ch. BAUDOUIN. *Journal de Psychologie*, 1935, nos 5-6.

Cet article est le texte de la conférence d'ouverture du Congrès des Psychotechniciens suisses à Berne (20 septembre 1934). L'auteur y fait un effort très remarquable pour dominer les points de vue divers d'où l'on s'est efforcé de constituer une science du caractère et des méthodes de détermination du caractère. Cette pluralité s'explique, selon lui, par le fait que le caractère est un concept issu de la psychologie populaire et que l'analyse décompose en une série de trois couples de contradictoires : ce sont : 1° la nature (tendances, tempérament) et la personnalité (« moi », maîtrise de soi) ; 2° la somme des comportements principaux (qualités et défauts) et la synthèse (forme générale qui retentit sur chaque comportement particulier) ; 3° la marque propre de l'individu et le type. Il faut se servir non d'un seul de ces « outils », mais de tous.

Parmi les diverses tentatives caractérologiques, l'auteur s'attache plus longuement aux efforts des psychanalystes. Les principaux sont ceux de Jung et de Reich. Fait curieux, tous deux se placent au point de vue de la forme. Jung se demande quelle est la fonction que le sujet utilise dans son adaptation au réel et oppose « l'introversion » à « l'extraversion ». Reich, élève de Freud, considère le caractère comme la « cuirasse du moi » ; chaque pièce de cette armure, c'est-à-dire chaque trait de caractère, correspond à un effort qui a été fait pendant l'enfance pour surmonter un problème affectif et instinctif déterminé.



Selon M. Baudoin, qui malheureusement ne développe pas ce point, il faudrait reprendre l'analyse en sens inverse, c'est-à-dire par les tendances, et rejoindre la forme. Il faudrait surtout se servir de tous les concepts impliqués dans celui de caractère, aborder en quelque sorte ce matériel sous des angles différents. Il insiste sur la valeur de la technique psychanalytique qui, en mettant au jour les « complexes », c'est-à-dire des « faisceaux de tendances solidaires », donne à la science du caractère la base dont elle a besoin. Il est important de savoir que les complexes se révèlent sous deux formes, la forme positive (ou lâchée) et la forme négative (ou réprimée).

Cette étude a le double intérêt, au sujet d'un problème dont les préoccupations « totalitaires » font un des problèmes du jour, de classer les diverses tendances et de préciser la position des psychanalystes.

D. LAGACHE.

**Les sensations sont-elles dans notre tête ?** par R. RUYER. *Journal de Psychologie*, 1934, nos 7-8.

L'auteur traite par la « méthode des paradoxes » le problème de la localisation des sensations, qui appartient à la délicate question des rapports de l'esprit et du corps.

Il critique d'abord, pour la rejeter complètement, la thèse bergsonienne suivant laquelle la sensation serait au lieu même où nous localisons l'objet perçu. La comparaison imagée de la boîte crânienne à une « conduite intérieure fermée » souligne les illusions sur lesquelles repose le pseudo-problème de l'extériorité. Il n'y a pas de projection des sensations.

Nos sensations ne se confondent pas avec l'être réel de l'objet. Elles sont dans notre tête tout comme les cellules nerveuses cérébrales. Et l'auteur défend sa proposition contre la critique négative de Lovejoy, dont il réduit les curieux paradoxes soit à néant, soit à valoir seulement contre les postulats philosophiques de Russell.

Cette localisation cérébrale des sensations modifie la conception de l'espace dans le sens d'un espace physique réel avec lequel l'étendue personnelle est en connection. La subjectivité équivaut à l'être.

D. LAGACHE.

**Compagnons imaginaires des enfants** (Children's Imaginary Companions), par Margaret SVENDSEN. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T, XXXII, n° 5, pp. 985-999, novembre 1934.

Le concept de vérité est rudimentaire dans l'enfance et l'imagination suit fréquemment les besoins du rêve au point de créer des convictions très fermes. Les romans bâtis par les enfants réalisent instinctivement une compensation idéo-affective entretenue par le sentiment d'admiration de certains types, le mystère des récits fournis par l'entourage et les camarades, des histoires lues ou l'ensemble des thèmes construits par la mémoire affective.

P. CARRETTE.

**Nature psychologique et convention**, par E. DUPRÉEL. *Journal de Psychologie*, 1934, nos 9-10.

La convention est une opération sociale dont certains modes élémentaires sont éminemment applicables en psychologie. L'analyse de cette notion, orientée vers ce but, conduit l'auteur à formuler deux ordres de considérations, d'ailleurs intimement liées.

A la convention répond un convenu, qui est une réelle nouveauté, et une nouveauté réelle, de valeur spécifique. Sans réduire tout le social au conventionnel, M. Dupréel insiste à juste titre sur l'importance de la convention dans l'activité humaine et sur le fait qu'un état non institué souvent se perpétue par convention. C'est « l'émergence du social ».

Mais ces phénomènes se compliquent, se combinent, se consolident mutuellement. Et l'auteur de développer sa « théorie de la consolidation ». « Une convention est un consolidé ou un système de consolidés. » Toute la connaissance est exprimable en termes de consolidation ; la perception, par exemple, devient un consolidé. En conclusion générale, la consolidation représente l'un des mécanismes logiques de la pensée et joue dans le cadre de la probabilité.

D. LAGACHE.

**Recherches sur l'usage de l'instrument chez les singes. III. L'intermédiaire indépendant de l'objet**, par P. GUILLAUME et I. MEYERSON. *Journal de Psychologie*, 1934, nos 7-8.

Continuant leurs recherches sur l'usage de l'instrument chez les singes, les auteurs montrent dans cet article que le singe est capable de traiter l'instrument comme un objet indépendant : le singe, à travers les variations de forme et de matière, sait voir « le bâton » de même qu'à travers des mouvements différents, il aperçoit la loi empirique du déplacement efficace.

Outre leur intérêt intrinsèque, ces études ouvrent aux psychopathologues d'intéressantes perspectives de réflexion et d'expérimentation ayant trait aux stades inférieurs de l'intelligence.

D. LAGACHE.

**Une présentation nouvelle des profils psychologiques de Vermeylen**, par F. FISHGOLD. *Journal de Psychologie* 1934, nos 5-6.

L'auteur de cette note propose de représenter les résultats par une surface, de manière à tenir compte de leur dispersion et à éviter la rigidité du profil linéaire. Le sujet normal aura ainsi toutes les chances d'avoir son profil dans la zone de son âge.

D. L.

**La logique vivante de l'esprit enseignée par le langage**, par E. PICHON. *Journal de Psychologie*, 1934, nos 9-10.

Dans cet intéressant article, l'auteur condense l'essentiel de ses travaux linguistiques — poursuivis en collaboration avec M. Damourette — en prenant pour centre cette idée générale : la structure grammaticale d'une

langue possède un sens psychologique et est une logique, *lato sensu*, propre et vivante de l'esprit.

L'analyse et la démonstration ont pour objet la langue française. Et se déroulent successivement le « répartitionnaire de catégories », où le factif, le substantif, l'adjectif et l'affonctif correspondent respectivement, en gros, aux catégories logiques de phénomène, substance, qualité, modalité. Notre langue est très souple et n'est ni substantialiste, comme le prétend M. Der-rus, ni phénoménaliste. Répartitionnaires de classes, de putation, etc... Tout en définissant les termes linguistiques utilisés, l'auteur indique, par de rapides sondages, la valeur psychologique et logique des concepts impliqués dans la structure même du langage, ce qui ouvre de nombreux aperçus et soulève d'importants problèmes.

D. LAGACHE.

**La plasticité des mots et la cohésion du discours**, par PKZYLSKI. *Journal de Psychologie*, 1934, nos 7-8.

L'état d'une langue résulte essentiellement d'une force centrifuge, modelant les mots, et d'une force centripète, groupant les parties du discours. Et ce, sous les deux grandes catégories de la mutation (plasticité) et de la composition (cohésion), qui, dans chaque langue, sont en raison inverse l'une de l'autre, mais n'en demeurent pas moins coexistantes.

En sorte que la classification de Meriggi en langues flexionnelles, agglutinantes et groupantes est fort critiquable quant à cette dernière classe. En effet, toutes les langues, d'une part, sont plus ou moins groupantes, d'autre part comportent une certaine plasticité. Ce caractère est donc trop mal défini et trop peu spécifique pour fonder une classification scientifique.

D. LAGACHE.

**La mémoire. Psychogenèse et pathogenèse**, par M. DIDE. *Journal de Psychologie*, 1934, nos 9-10.

Toujours fidèle à la méthode génétique et au point de vue organiciste, D. étudie, sous une forme assez philosophique, la mémoire dans sa psychogenèse normale et morbide.

Quelques considérations méthodologiques préludent à l'exposé de la question, ce qui permet à l'auteur, d'une part, de critiquer l'étude systématique des amnésies de Dosset et de Bergson, la notion de mémoire spirituelle ; d'autre part, de relever la critique de Piéron et d'accorder à ce dernier le caractère synthétique de la mémoire, fonction non localisable.

La mémoire est une fonction générale, de grande extension, et un fait beaucoup plus biologique que social, en quoi M. Dide réagit nettement contre l'école sociologique moderne.

Des conditions générales sont les unes extrinsèques, d'ordre instinctivo-affectif, et les autres intrinsèques, d'ordre intellectuel, spécifiques. Les dysmnésies extrinsèques (psychoses périodiques, passionnelles, athymhormie, délires systématisés), dépendent d'un trouble fonctionnel ou d'une lésion neuro-végétative mais avec intégrité corticale ; tandis que les amnésies intrinsèques, relèvent de lésions cérébrales (toxi-infections, démences, etc...).

D. LAGACHE.

**Des réflexes conditionnels : III. Application des réflexes conditionnels à certains problèmes cliniques**, par MARINESCO et KREINDLER. *Journal de Psychologie*, 1934, n<sup>os</sup> 9-10.

Cette étude clôt la suite d'articles parus dans le *Journal de Psychologie* et dont il a été rendu compte ici même. On y trouvera l'application des réflexes conditionnels à certains problèmes cliniques : la constitution psycho-somatique et la vieillesse, les névroses, les psychoses, les troubles du langage. L'ensemble des travaux de Marinesco et Kreindler constitue l'étude la plus complète, à notre connaissance, des réflexes conditionnels en psychopathologie.

D. LAGACHE.

**Le génie et le bonheur (The Unhappiness of Genius)**, par Henry HARPER-HART. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. T. LXXX, n<sup>os</sup> 4 et 5, pp. 410-429 et 557-573, octobre et novembre 1934.

La question des rapports de la folie et du génie, du génie et de l'équilibre mental s'est trouvée souvent posée. L'auteur situe le problème dans le domaine pragmatique et montre la vie des individus placés au-dessus de leurs contemporains par leur valeur intellectuelle. Il est certain que le génie est constitué par l'hypertrophie de certaines possibilités psychologiques et que cet état exclut par définition l'équilibre obscur et banal. Chez les individus qui se signalent dans les arts, le sens des réalités quotidiennes fait souvent défaut. D'autres ont tiré parti de leurs états pathologiques. L'auteur observe que les êtres supérieurement doués pour les sciences et la politique sont plus adaptés au réel que les artistes. Le bonheur n'est cependant pas sous la dépendance des qualités intellectuelles. Il est avant tout conditionné par la santé du corps, la réussite sociale, la sécurité économique, les satisfactions affectives. Le génie est trop souvent lié à la douloureuse conscience de l'hypertrophie de certains dons pour être rattaché à la jouissance d'une paix durable.

P. CARRETTE.

## NEUROLOGIE

**La formation du neurologue (The Training of the Neurologist)**, par Percival BAILEY. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. T. LXXX, n<sup>o</sup> 4, pp. 377-385, octobre 1934.

L'indépendance relative de la chirurgie, de la neurologie et de la médecine tend à se modifier avec les progrès de la technique neuro-chirurgicale. M. Percival Bailey, professeur à Chicago, expose les conditions de la spécialisation dans son domaine. Les étudiants arrivés à la fin de leur internat se spécialisent après trois ans d'études complémentaires. Ils s'initient aux techniques anatomo-pathologiques et à la clinique, aux moyens d'investigation physiologique, aux pratiques électrologiques et chirurgicales. L'étudiant s'oriente ensuite vers la neurologie médicale ou chirurgicale, ou aborde les études psychiatriques. Des procédés analogues ont été mis en application dans d'autres villes universitaires et les progrès de leur organisation conditionnent ceux de la neurologie.

P. CARRETTE.

**Exploration des ventricules. La ventriculographie,** par Raymond GARCIN.  
*Le Progrès Médical*, n° 46, pp. 1781-1796, 17 novembre 1934.

Le principe de la ventriculographie consiste à remplir d'air les cavités ventriculaires, après soustraction de liquide céphalo-rachidien, afin de les rendre visibles sur des clichés radiographiques. L'auteur rappelle la situation et la forme des ventricules cérébraux. Les diverses tumeurs exercent sur eux des compressions déformantes qui permettent de localiser les tumeurs. Les infections méningo-encéphaliques provoquent également des altérations décelables par la ventriculographie. Cette méthode a peu à peu remplacé l'encéphalographie gazeuse par voie lombaire, qui permet de découvrir, non seulement les ventricules, mais les espaces arachnoïdiens péri-encéphaliques qu'on désigne sous le nom de citernes. L'encéphalographie est responsable d'irritations méningées ; elle est choquante, inconsistante dans ses résultats, dangereuse dans l'hypertension ; aussi, malgré les services qu'elle peut rendre, son intérêt reste-t-il assez limité, puisqu'elle ne peut être appliquée dans de nombreux cas de tumeurs cérébrales. M. Laruelle a cependant tiré de son principe la méthode du repérage ventriculaire par injection lombaire d'une faible quantité d'air véhiculée vers les cavités cérébrales par des déplacements appropriés de la tête.

P. CARRETTE.

**Le bioxyde de thorium colloïdal. Son utilisation dans le diagnostic intracranien et son rôle en injection directe sur le cerveau et les ventricules** (Colloidal Thorium Dioxide. Its use in Intracranial Diagnosis and its Fate on Direct Injection into the Brain and the Ventricles), par L. ALEXANDER, T. S. JUNG et R. S. LYMAN. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXXII, n° 6, pp. 1143-1158, décembre 1934.

La visibilité des artères cérébrales est rendue possible par injection de bioxyde de thorium à l'état colloïdal dans la carotide. L'introduction par la voie lombaire et sous-occipitale complète les enseignements utiles au diagnostic topographique. L'expérimentation prouve que le thorium n'exerce pas d'action néfaste sur la myéline et les cylindraxes. Il se comporte comme un corps étranger et ses granulations libres cheminent des cellules vers les vaisseaux.

P. CARRETTE.

**L'évolution de la technique de l'angiographie cérébrale,** par Egas MONIZ.  
*Le Progrès Médical*, n° 46, pp. 1777-1781, 17 novembre 1934.

M. Egas Moniz a été l'un des premiers techniciens de l'angiographie cérébrale et a largement contribué au perfectionnement de la méthode. Il nous en fait l'historique, depuis 1927, dans son article. Les bromures ayant été abandonnés comme dangereux, on préconisa l'iode de sodium chimiquement pur à 25 % dans la carotide interne après ligature. Devant la menace d'altérations de l'endothélium artériel, il fallut contre-indiquer l'intervention chez les scléreux. Le thorotrast, solution colloïdale de bioxyde de thorium, est inoffensif. On tend à le substituer aux autres substances opaques. On injecte directement 10 à 12 cms., sans ligature, dans la carotide primitive.

P. CARRETTE.



**Les troubles de la miction en pathologie nerveuse**, par Th. ALAJOUANINE et R. THUREL. *Le Monde Médical*, n° 854, pp. 953-962, 1<sup>er</sup> novembre 1934.

La miction met en jeu la contraction du sphincter strié et le relâchement du muscle lisse. On observe en pathologie nerveuse l'incontinence par lésions médullaires et après ictus et la rétention par contraction réflexe du sphincter lisse. Les auteurs conseillent, dans la rétention, de lutter contre la suppression de l'automatisme vésical par l'emploi de la pilocarpine et du sondage, dans l'incontinence, de modérer au contraire l'activité automatique par la scopolamine.

P. CARRETTE.

**Signes neurologiques dans les mastoïdites (Neurological Findings in Mastoiditis)**, par J.-M. NIELSEN et Cyril B. COURVILLE. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. T. LXXX, n° 5, pp. 541-556, novembre 1934.

Il n'est pas indispensable que le processus de la mastoïdite s'étende aux régions intracrâniennes pour observer des troubles neurologiques. Les auteurs signalent leur grande fréquence et, en dehors de toute manifestation clinique, subjective, l'altération des réflexes tendineux et du fond d'œil, les modifications des réflexes pupillaires. On note également des syndromes complexes caractérisés par la céphalée localisée, les vomissements et les nausées, le nystagmus, les douleurs maxillaires, les paralysies oculaires, les troubles cérébelleux, les convulsions locales.

P. CARRETTE.

**Abcès du cerveau ou ramollissement cérébral ?** par Louis RAMOND. *La Presse Médicale*, n° 64, pp. 1283-1284, 11 août 1934.

Le diagnostic d'abcès du cerveau d'origine otitique se base sur l'hypertension intracrânienne assurée par l'examen du fond d'œil et l'hypertension céphalo-rachidienne et sur l'examen hématimétrique. Le résultat est d'importance puisqu'en excluant le ramollissement cérébral, il contre-indique le traitement médical et décide de l'intervention chirurgicale.

P. CARRETTE.

**Syndromes encéphalo-méningés et syndromes abdominaux douloureux intriqués au début de la pneumonie chez les enfants**, par P. NOBÉCOURT. *Le Progrès Médical*, n° 38, pp. 1465-1475, 22 septembre 1934.

Syndromes méningés, délire, torpeur et somnolence, convulsions ou syndromes douloureux abdominaux apparaissent parfois au début d'une pneumonie. M. Nobécourt présente deux cas ; dans le premier le diagnostic de méningite est posé, dans le second l'appendicectomie est pratiquée. Les syndromes initiaux méningés ou abdominaux, isolés ou associés, simulent parfaitement, ou la méningite ou l'appendicite, mais il existe, en dehors de ces formes d'invasion anormales, des méningites et des péritonites à pneumocoques d'une symptomatologie analogue, bien que généralement plus complète et plus précise.

P. CARRETTE.

**Les états spasmodiques du releveur de la paupière supérieure par lésion cérébrale en foyer**, par Gustave ROUSSY et Gabrielle LÉVY. *Revue Neurologique*. T. II, n° 4, pp. 454-468, octobre 1934.

Le spasme bilatéral du releveur de la paupière supérieure est ici dissocié de toute atteinte motrice du globe, de toute manifestation faciale périphérique, de tout signe de la série basedowienne. Les auteurs attribuent le symptôme observé à une lésion cérébrale en foyer qu'ils localisent dans le pédoncule.

P. CARRETTE.

**A propos de la dystasie aréflexique héréditaire (Contribution à l'étude de la genèse des maladies familiales et de leur parenté entre elles)**, par Gustave ROUSSY et Gabrielle LÉVY. *Revue Neurologique*. T. II, n° 6, pp. 763-773, décembre 1934.

Le syndrome neurologique de la dystasie aréflexique a été observé par les auteurs dans 3 familles et suivi dans plusieurs générations. L'autonomie clinique de l'entité nosologique isolée par M. Roussy et Mlle Lévy est fortifiée par la constatation de la cypho-scoliose et de troubles mentaux.

P. CARRETTE.

**Les calcifications de la faux du cerveau (As Calcificações da Foice do Cerebro)**, par James FERRAZ ALVIM. *Revista de Neurologia e Psiquiatria de São Paulo*. T. I, n° 1, pp. 3-23, octobre 1934.

La radiographie confirme le diagnostic de pachyméningite, avec hyperostose et calcification de la faux du cerveau dans 5 cas de syndromes d'hypertension intracrânienne avec vertiges et douleurs crâniennes ou de troubles sensitivo-moteurs à localisation paramédiane avec signes de compression des zones inter-hémisphériques.

P. CARRETTE.

**L'hémianopsie binasale**, par A. BAUDOUIN, Pierre HALBRON et M. DEPARIS. *Revue Neurologique*. T. II, n° 5, pp. 531-554, novembre 1934.

Publication d'un cas d'hémianopsie binasale dans une tumeur de l'angle ponto-cérébelleux. Les auteurs donnent la bibliographie du symptôme avec le diagnostic étiologique. Les tumeurs viennent au premier rang de fréquence par la stase papillaire qu'elles provoquent, la dilatation du ventricule moyen et, dans les formes partielles surtout, par la compression du nerf optique contre une artère. Les arachnoïdites opto-chiasmatiques, la syphilis, les traumatismes et les intoxications sont également cités parmi les causes possibles d'hémianopsie binasale.

P. CARRETTE.

**Status dysraphicus. Aspect clinique pseudo-encéphalitique (« Status dysraphicus »)**. Un caso. Aspecto clínico pseudo encefalítico, par Luis ROJAS. *Archivos de Neurobiología*. T. XIV, n° 4, pp. 599-611, 1934.

La gliose périépendymaire a des traductions cliniques assez différentes suivant ses localisations. Le type de « status dysraphicus » de Bremer est

surtout médullaire et caractérisé par des malformations du squelette, des mains, des seins, des troubles vaso-moteurs, des anomalies de distribution pileuse. D'autres variétés présentent des signes oculo-moteurs, l'épilepsie, des psychoses, l'hypogénésie. M. Rojas observe une gliose localisée avec prédilection dans la partie bulbaire du quatrième ventricule et le long de l'aqueduc de Sylvius dont l'obstruction favorise le développement d'une hydrocéphalie interne avec syndrome bulbo-ponto-mésencéphalique. Les éléments cliniques de la participation du cerveau moyen présentent de grandes analogies avec le tableau de l'encéphalite épidémique.

P. CARRETTE.

**Les lésions de la troisième frontale gauche sans aphasie** (Las lesiones de la tercera frontal izquierda sin afasia), par Marcos VICTORIA. *La Semanæ Médica*, n° 2134, pp. 1771-1777, 6 décembre 1934.

Les observations de lésions de la troisième circonvolution frontale gauche sans aphasie montrent l'inexactitude de la localisation étroite de l'aphasie motrice, qui exige la participation d'autres territoires corticaux, comme le prouvent les cas cités par M. Victoria après les observations de Pierre Marie, de von Monakow et de Head.

P. CARRETTE.

**Les parasites de l'encéphale**, par Mme A. A. MIROTVORSKAIA (*Sowietskaia newropatologuia psichiatria i psychogigiena*, T. III, fasc. 8, 1934).

L'auteur étudie 4 cas personnels de cysticercose et d'echinococose du cerveau et insiste sur l'intérêt que présentent, au point de vue du diagnostic, les réactions de laboratoire pour orienter la thérapeutique sur des voies pratiquement utiles.

FRIBOURG-BLANC.

**Un nouveau cas d'arachnoïdite kystique de la région fronto-pariétale**, par H. CLAUDE et L. CORMAN. *Le Progrès Médical*, n° 42, pp. 1628-1632, 20 octobre 1934.

Méningite séreuse, arachnoïdite, encéphalite sont les témoins d'infections à virus neurotropes observées de plus en plus fréquemment. Dans les formes localisées, le diagnostic précis a une importance décisive. Cette communication en fait la démonstration. Les auteurs montrent d'abord comment ils éliminent le diagnostic de tumeur cérébrale par l'absence d'hypertension et de stase papillaire. L'arachnoïdite étant seule en cause, la craniectomie fut confiée à M. Clovis Vincent. Les troubles paralytiques et visuels rétrocedèrent. La décompression doit être prolongée par maintien de la brèche, la pose précoce du volet osseux faisant courir au malade des risques de compression qui se traduisent invariablement par le retour des phénomènes paralytiques ou l'apparition de crises convulsives.

P. CARRETTE.

**Commentaires autour d'un cas de tuberculose cérébrale** (Comentarios em torno de un caso de Tuberculose Cerebral), par ROBALINHO CAVALCANTI, *Arquivos Brasileiros de Neurolatria e Psiquiatria*. T. XVII, n° 6, pp. 329-333, novembre-décembre 1934.

Le tuberculome de la base du cerveau, observé par l'auteur, est associé à une méningite, à des signes d'hypertension intracrânienne et à un syndrome pyramidal bi-latéral. Les deux hémisphères sont envahis dans la région striée et sous-optique ; l'hypophyse renferme des zones caséifiées. L'infantilisme généralisé du type dystrophique, gracile, répond plutôt à la forme secondaire, aux processus toxi-infectieux qu'à une forme glandulaire.

P. CARRETTE.

**Diagnostic étiologique d'une hémiplégie à début progressif**, par Louis RAMOND. *La Presse Médicale*, n° 94, pp. 1909-1910, 24 novembre 1934.

Le développement progressif d'une hémiplégie à type cérébral permet de porter le diagnostic de tumeur chez un sujet atteint par ailleurs de cancer du poumon. L'intervention chirurgicale découvre un kyste rolandique et une tumeur murale ayant l'aspect d'un néoplasme métastatique.

P. CARRETTE.

**Les tumeurs cérébrales métastatiques. Etude clinique**, par Henri ROGER et Jean-E. PAILLAS. *La Presse Médicale*, n° 104, pp. 2093-2096, 29 décembre 1934.

Les néoformations cancéreuses gagnent la cavité par la voie sanguine, lymphatique ou nerveuse. Il ne faut pas s'attendre à découvrir un syndrome net d'hypertension. Le liquide céphalo-rachidien reste assez souvent normal. Cependant, la céphalée apparaît avec l'obnubilation intellectuelle et des signes neurologiques complexes traduisent l'invasion cérébrale par de nombreux nodules tumoraux. Deux types principaux de réactions sont à retenir : le type pulmonaire avec diffusion intense des lésions et évolution fatale et le type mammaire à localisation parfois unique, méningo-corticale, accessible chirurgicalement. Les auteurs signalent enfin le cas plus rare de la sarcomatose généralisée ou mélanique envahissant le cerveau comme les autres viscères.

P. CARRETTE.

**Signes et diagnostic des tumeurs cérébrales excepté les tumeurs de l'hypophyse**, par Th. de MARTEL. *Le Monde Médical*, n° 852, pp. 889-898, 1<sup>er</sup> octobre 1934.

L'hypertension intracrânienne domine le mécanisme des tumeurs et désoriente la symptomatologie à tel point que les diagnostics localisateurs en sont faussés si on omet de compléter son enquête par l'examen ophtalmologique, la radiographie et les indications ventriculographiques et encéphalographiques. M. de Martel passe en revue certains cas probants et rappelle l'effet curatif des injections d'air faites pour diagnostiquer une tumeur et aboutissant à un résultat négatif.

P. CARRETTE.

**Tabo-paralysie avec symptomatologie initiale de tumeur cérébrale** (Tabo-parálisis con sintomatología de tumor cerebral en su iniciación), par Aristides BARRANCOS et Rafael HERNÁNDEZ RAMÍREZ. *Boletín del Asilo de Alienados en Oliva*. T. II, n° 6, pp. 247-256, décembre 1934.

Le diagnostic des tabo-paralysies avec atrophie optique présente souvent de grandes difficultés. Chez certains syphilitiques avec réactions sérologiques positives les signes oculaires s'accompagnent de manifestations centrales d'abord discrètes évoluant avec une extrême lenteur. Dans l'observation présente l'absence d'hypertension intracrânienne coïncide avec l'apparition d'un affaiblissement démentiel profond et avec l'évolution caractéristique des signes d'excitation médullaire du début pour affirmer peu à peu l'existence d'une méningo-encéphalite spécifique et écarter l'hypothèse initiale de tumeur.

P. CARRETTE.

**Crises salivaires tabétiques** (Crisis salivares tabeticas), par Juan C. MONTANARO et Julio-L. HANON. *La Semana Medica*, n° 2132, pp. 1619-1624, 22 novembre 1934.

Chez un tabétique présentant un syndrome médullaire postérieur étendu et des crises gastriques, les auteurs ont observé des crises de sialorrhée avec sécrétion en quelques heures de 600 à 1.300 cms. de salive. Les altérations bulbaires et radiculaires réalisant cette hyperexcitabilité intéressent vraisemblablement les voies du glosso-pharyngien et de l'intermédiaire de Wisberg. Les investigations pharmacodynamiques ne permettent pas de tirer des conclusions précises : la belladone a produit des effets toxiques sans résultat pratique durable et l'unique agent qui amena une sédation évidente fut — fait paradoxal — la pilocarpine.

P. CARRETTE.

**De la neuro-myélite optique**, par CESTAN, RISER et PLANQUES. *Revue Neurologique*. T. II, n° 6, pp. 741-762, décembre 1934.

Le syndrome de la neuro-myélite optique comprend une association de névrite optique à des symptômes encéphalo-médullaires tels que paraplégie, hémiplégie, crises tétanoïdes sous-corticales dont l'évolution est capricieuse, procédant par poussées et par rémissions. Certes la syphilis, l'alcoolisme, les infections produisent de telles associations symptomatiques, mais ce qui permet aux auteurs d'individualiser nosologiquement le syndrome c'est le fait qu'il se développe dans certains cas en dehors des différentes formes de névrite connues. Ni l'anatomie pathologique, ni les moyens biologiques habituellement utilisés ne fournissent au diagnostic étiologique des éléments précis et il est possible que la neuro-myélite optique compte des formes attribuables à une cause spécifique à rechercher.

P. CARRETTE.

**Méningite aiguë lymphocytaire bénigne** (Meningite aguda lymphocytaria benigna), par Fernando de OLIVEIRA BASTOS. *Revista de Neurologia e Psiquiatria de São Paulo*. T. I n° 1, pp. 41-46, octobre 1934.

Malgré l'importance des altérations du liquide céphalo-rachidien, la présence de perturbations du fond d'œil et la parésie motrice oculaire,



l'auteur note le pronostic favorable de 9 cas de méningites aiguës lymphocytaires évoluant sans fièvre avec un syndrome proprement méningé, en général très discret.

P. CARRETTE.

**Méningite aiguë aseptique** (Acute Aseptic Meningitis), par Henry-R. VIETS et James-W. WATTS. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. T. LXXX, n° 3, pp. 253-273, septembre 1934.

En 1929, MM. Viets et Watts observent 3 cas de syndrome méningé fébrile, évoluant favorablement en quelques semaines, guérissant sans séquelles, avec lymphocytose du liquide céphalo-rachidien, hyperalbuminose et précipitation typique de la solution colloïdale. L'observation ultérieure des malades, celle de nouveaux cas fortifient les auteurs dans leur opinion qu'il s'agit bien d'une méningite aiguë aseptique, qu'il n'est pas possible de la considérer comme une forme de réaction méningée tuberculeuse, malgré l'erreur presque constante commise à la période initiale, que le diagnostic différentiel s'impose avec l'encéphalite et la poliomyélite. On trouve dans la littérature maintes observations faites en série qui donnent au syndrome une allure épidémique, mais ce n'est pas une donnée constante. La méningite aiguë aseptique devrait donc être considérée dans l'état actuel des choses comme une entité clinique, sans relation définie avec les maladies voisines et dont l'étiologie reste inconnue.

P. CARRETTE.

**Un cas d'hémorragie méningée chez un hémophile** (Un caso de hemorragia menígea en un hemofílico), par W. LÓPEZ ALBO. *Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades*. T. XXXVII, n° 42, pp. 1164-1165, 20 octobre 1934.

Les hémorragies méningées spontanées ont une étiologie obscure. Il ne faut jamais oublier l'hémophilie et la rechercher dans les antécédents personnels et héréditaires.

P. CARRETTE.

**Les méningococcies**, par R.-L. GOLDBERG. *L'Avenir Médical*, n° 9, pp. 256-265, novembre 1934.

Réduire la méningococcie aux manifestations de la méningite cérébro-spinale, c'est commettre une faute doctrinale qui peut conduire à un diagnostic erroné et à des insuffisances thérapeutiques graves. M. Goldberg rappelle que la septicémie provoquée par le méningocoque de Wechselbaum revêt les formes cliniques les plus variées et que ses symptômes habituels sont la fièvre intermittente, les éruptions, les arthralgies, sans oublier les complications oculaires, vasculaires et uro-génitales. La ponction lombaire doit être complétée par l'examen du sang et celui des sérosités. La méningococcie trouve sa manifestation la plus typique dans la méningite, mais elle peut aussi se développer sans méningite.

P. CARRETTE.

## ANATOMIE

**A propos du problème des centres du sommeil** (Zum Problem der Schlafzentren), par T. OKHUMA et K. TUYUNO. *Folia Psychiatrica et Neurologica Japonica*, Vol. 1, fasc. 3, 1935.

Les considérations des auteurs sont basées sur l'examen histopathologique d'un cas de léthargie terminé par la mort. L'opinion de Pötzl et de Gamper, basée elle-même sur les travaux de Chiray, de Foix et Nicolosco, selon laquelle les centres du sommeil occupent la zone intermédiaire mésodiencephalique, est justifiée. Toutefois ces centres sont localisés plutôt dans des éléments cellulaires diffus que dans les noyaux périventriculaires organisés. Le noyau de Darkschewitsch, en particulier, a été intact dans l'examen pratiqué.

E. BAUER.

**Des différences locales dans la conformation des parois ventriculaires chez l'homme** (Über lokale Unterschiede im Bau der Ventrikelwände beim Menschen), par A. OPALSKI (de Varsovie). *Zeitschr. f. d. g. Neuro. und Psych.*, Tome CXLIX, p. 207 à 254.

Etude des formations gliales sous-épendymaires, à signaler pour son intérêt en histopathologie nerveuse et ses magnifiques schémas.

Henri Ex.

**Des circonvolutions calleuses chez les Japonais** (Über Balkenwindungen der Japaner), par Kintaro WATANABE. *Folia Psychiatrica et Neurologica Japonica*, 1, 3, 1935.

L'examen de 50 cerveaux de Japonais a montré l'absence des circonvolutions d'Andreas Retzius sur 25 pour cent des hémisphères étudiés (absence bilatérale dans 12 pour cent des cas). Sur les autres hémisphères le nombre varie de 1 à 8.

E. BAUER.

**Agénésie complète de la commissure calleuse et troubles du développement de l'hémisphère gauche avec hémiparésie droite et intégrité mentale**, par G. de MORSIER et J.-J. MOZER. *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, XXXV, 1, 2, 1935.

Il s'agit d'un sujet atteint depuis la naissance d'hémiparésie droite avec hypotrophie des deux membres, d'intelligence moyenne, ne présentant aucun trouble psychique, ayant exercé la profession de manœuvre. L'observation neurologique et psychique a pu être prise pendant un séjour en clinique pour néphrite chronique provoquant la mort à 45 ans.

A l'autopsie, on constate une agénésie complète du corps calleux et une hypotrophie considérable de l'hémisphère gauche dont le lobe frontal est fonctionnellement inexistant. L'hémisphère droit est par contre hypertrophié. L'agénésie calleuse et l'hémiatrophie de l'hémisphère gauche sont dues à la même cause : une lésion embryonnaire de l'artère cérébrale antérieure survenue avant le 3<sup>e</sup> mois de la vie intra-utérine. Les auteurs

font un exposé descriptif et critique très approfondi et détaillé des anomalies macroscopiques et microscopiques constatées. Dans un dernier chapitre, ils envisagent les problèmes physiologiques de la plus haute importance soulevés par de semblables cas réalisant une véritable monohémisphérie physiologique.

E. BAUER.

**La situation des segments médullaires dans le canal vertébral** (Die Lage der Rückenmarkssegmente im Wirbelkanal), par E. HINTZSCHE et P. GISLER. *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, XXXV, 2, 1935.

Les auteurs ont étudié, sur 20 sujets, les rapports des segments médullaires avec les corps vertébraux et les apophyses épineuses. Ils rendent compte de leurs résultats. Les rapports moyens et les variations maximales sont représentés dans des graphiques. La comparaison des dessins et schémas contenus dans les traités montre des différences assez importantes, notamment en ce qui concerne les rapports de la partie caudale de la moelle. Un graphique illustre ces variations. C'est le vieux dessin de Gowers qui concorde le plus avec les constatations personnelles des auteurs.

E. BAUER.

**Recherches anatomo- et histopathologiques chez des schizophrènes** (Anatomisch-histologische Untersuchungen an Schizophrenen), par Fr. MEYER. *Monatschrift für Psychiatrie und Neurologie*, Vol. 91, fasc. 3, 1935.

L'auteur communique 6 observations anatomo-cliniques de psychoses aiguës et subaiguës classées sous l'étiquette « schizophrénies aiguës », diagnostic bien discutable à notre avis en ce qui concerne la majorité de ces cas. Des lésions interstitielles importantes existent avec une constance frappante dans certaines glandes endocrines, thyroïde, hypophyse, cortico-surrénale et pancréas. Elles se présentent comme des réactions tissulaires à un agent pathogène, dont la nature exogène est rendue probable par d'autres lésions également constatées. Dans trois cas, par exemple, il semble s'agir, nettement, d'un processus infectieux à agent inconnu.

E. BAUER.

**Recherches anatomo- et histopathologiques dans la psychose maniaque-dépressive** (Anatomisch-histologische Untersuchungen an Manisch-Depressiven), par Fr. MEYER. *Monatschrift für Psychiatrie und Neurologie*, Vol. 91, fasc. 3, 1935.

L'auteur, qui cite d'ailleurs l'observation antérieure de Marchand, rapporte les résultats de quatre examens histopathologiques chez des maniaque-dépressifs. Il insiste sur les lésions importantes de la pie-mère, constatées dans deux cas, et consistant en œdème, infiltration cellulaire et prolifération fibrillaire considérable, présence de nombreux macrophages et de polynucléaires géants. Les altérations fibreuses importantes de la thyroïde, observées dans deux cas, et l'orchite fibreuse existant dans un cas en l'absence de toute atteinte spécifique ni bacillaire, font conclure à un processus toxique ou septique de nature inconnue.

E. BAUER.

**Les modifications du cerveau dans l'alcoolisme chronique et la psychose de Korsakoff** (The Brain Changes in Chronic Alcoholism and Korsakow's Psychosis), par Francis James WARNER. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. T. LXXX, n° 6, pp. 629-644, décembre 1934.

Les altérations encéphaliques des alcooliques chroniques sont si nombreuses et variées qu'il est impossible de les superposer constamment aux symptômes observés, malgré la diversité des expressions cliniques. Dans le syndrome de Korsakoff, les recherches sur le système nerveux périphérique sont insuffisantes, mais la sclérose avec dégénérescence cellulaire envahit les noyaux gris, l'hypothalamus, les régions périventriculaires du troisième ventricule au quatrième. La participation des noyaux végétatifs est généralement signalée. D'accord avec l'observation courante, les épisodes subaigus correspondent à des lésions corticales discrètes, tandis que les récives voient progresser l'athérome vasculaire et l'atrophie des éléments nerveux.

P. CARRETTE.

**L'encéphalite guanidinique** (La encephalitis guanidínica), par Antonio GÓMEZ MARCANO. *Archivos de Neurobiología*. T. XIV, n° 3, pp. 461-492, 1934.

L'intoxication par la guanidine a permis à l'auteur de rapprocher les désordres histologiques observés de ceux que les expérimentateurs avaient signalés chez les animaux privés de parathyroïdes et atteints de tétanie. Les lésions nerveuses portaient sur les neurones, altérés, dégénérés et sur la microglie. Il n'y aurait pas d'infiltration méningée et périvasculaire. Ces caractéristiques permettraient d'individualiser une véritable encéphalomyélite par intoxication guanidinique.

P. CARRETTE.

**Sur l'anatomie pathologique de l'acrodynie infantile**, par PÉHU, J. DECHAUME et S. BONCOMOND. *Académie de Médecine*, 4 juin 1935.

Si la clinique est bien connue, on est mal renseigné quant aux lésions de cette affection, car il existe à peine une quarantaine de cas d'autopsies publiées, la maladie évoluant ordinairement vers la guérison. L'atteinte simultanée de la peau et du système nerveux justifierait l'étude minutieuse de l'état anatomique des filets nerveux sensitifs ou vaso-moteurs cutanés. Dans deux cas d'autopsies rapportés par les auteurs, les ganglions rachidiens, les racines rachidiennes dorsales sont la proie d'une infiltration lymphocytaire accentuée. L'ensemble du système sympathique est aussi atteint par des lésions d'allure inflammatoire. L'atteinte des ganglions sympathiques périphériques est aussi importante que celle des centres végétatifs du tuber cinereum. Le substratum anatomique de l'acrodynie ne saurait être envisagé seulement comme une diencéphalite. Aussi l'auteur propose-t-il le terme de « pansymphathéite ». Quant à l'agent pathogène, il s'agit probablement d'un virus neurotrophe.

Maurice LECONTE.

**Etude anatomo-clinique d'un cas de développement simultané de deux tumeurs (gliome et sarcome) dans l'hémisphère cérébral d'un enfant** (Estudio anatomo-clínico de un caso de ocurrencia simultánea de dos tumores (gliome et sarcoma) en el hemisferio cerebral de un niño), par Percival BAILEY et Adolfo LEY. *Archivos de Neurobiología*. T. XIV. n° 5, pp. 673-690, 1934.

Le cas est assez rare pour être rapporté d'une tumeur cérébrale chez un enfant de 6 ans, nettement établie par l'examen clinique qui tendait à faire admettre le diagnostic de tuberculomes multiples de l'hémisphère droit. Les résultats de l'autopsie prouvent l'existence simultanée de gliome ancien et de sarcome développé secondairement.

P. CARRETTE.

## BIOLOGIE

**Recherches expérimentales sur la représentation en relief du système nerveux central, dans l'image radiologique, après injection de Thorotrast** (Experimentelle Untersuchungen über die Reliefdarstellung des Zentralnervensystems im Röntgenbild durch Thorotrast), par K. KOSHIMIZU. *Folia Psychiatrica et Neurologica Japonica*, 1, 3, 1935.

La dose optima de thorium colloïdal, supportée sans malaise sérieux, est de 0,20 à 0,25 cmc. par kg. de poids, en cas d'injection intrarachidienne lombaire, de 0,10 à 0,15 cmc. en cas d'injection sous-occipitale. Ces doses ont été déterminées par l'expérimentation sur le chien. L'application dans trois cas cliniques a donné des résultats très satisfaisants. La technique est améliorée, soit en pratiquant deux injections séparées par 3 jours d'intervalle, soit en faisant 3 à 5 jours après l'injection une ventriculographie.

E. BAUER.

**L'exploration du système nerveux végétatif** (La exploración del sistema nervioso vegetativo), par C. VÁZQUEZ-VELASCO. *Archivos de Neurobiología*. T. XIV, n° 5, pp. 789-794, 1934.

L'auteur propose comme procédé d'exploration rationnel l'injection intraveineuse d'un demi-milligramme d'atropine après repos, stabilisation du pouls et recherche des réflexes orthostatique, clinostatique, oculo-cardiaque et carotidien. Les modifications par l'atropine seront poursuivies jusqu'à inversion, si possible, de la formule végétative.

P. CARRETTE.

**Epilepsie expérimentale du chien dans ses conditions d'expérience atypiques. Refroidissement du cerveau après extirpation préalable ou piqure de ses divers territoires** (Experimentelle Epilepsie der Hunde in atypischen Versuchsbedingungen, Gefrieren des Gehirns nach Vorläufig ausgeführter Extirpation oder Umstechen seiner verschiedenen Gebiete), par E.-M. STEBLOW (Leningrad). *Zeitschr. f. d. g. Neuro. und Psych.*, Tome CXLIX, p. 255 à 265.

Chez les chiens dont le cerveau a été réfrigéré, la soustraction importante de liquide céphalo-rachidien a un effet inhibant sur les crises et



saue l'animal de la mort. — Le refroidissement du cerveau des chiens chez lesquels on a pratiqué des extirpations ou des ponctions aboutit rarement à l'apparition de crises ; si elles surviennent elles affectent une forme abortive. — Le refroidissement d'une zone motrice si l'autre est extirpée ne produit pas de crise d'épilepsie typique. Après de telles opérations le rythme et la forme des crises sont modifiés dans le sens d'une atténuation. — L'ensemble du tableau des phénomènes convulsifs observés dans de telles conditions montre une grande analogie avec les crises épileptiques provoquées par le refroidissement unilatéral de la dure-mère intacte dans le domaine de l'analysateur cortical optique. L'ensemble des expériences confirme le bien-fondé de la conception de A. D. Speranski pour qui la crise d'épilepsie est conditionnée par la décharge motrice des appareils sous-corticaux par inhibition de l'écorce.

Henri Ex.

**L'activité électrique du cerveau** (L'attività elettrica del cervello), par Tommaso SEUSE (de Naples). *Il Cervello*, n° 3, Mai 1935, p. 150 à 157.

Revue générale brève mais documentée où sont exposés clairement les travaux modernes sur l'influx nerveux envisagé comme phénomène électrique. Notamment on trouvera dans ce petit article l'exposé des travaux de Berger (d'Iéna) et ceux d'Adrian (1932).

Henri Ex.

**Recherches sur les phénomènes électriques de l'écorce cérébrale** (Ricerche sui fenomeni elettrici della corticca cerebrale), par Mario GOZZANO. *Rivista di Neurologia*, Avril 1935, p. 212 à 261.

Après avoir décrit les divers types de courbes bioélectriques (électro-encéphalogrammes = EEG) correspondant aux diverses aires corticales du cerveau du lapin et les effets de stimulation lumineuse sur EEG des aires visuelles, déjà mis en évidence par d'autres auteurs, Gozzano rapporte les résultats de recherches ayant eu pour but d'étudier les effets des excitations sensibles et des applications locales de strychnine sur les EEG corticaux. Les stimuli sensitifs mécaniques différant en cela des excitants sensoriels déterminent sur toute la surface cérébrale correspondant à la région senso-motrice une diminution d'amplitude ou la disparition des courbes bioélectriques normales. Ces effets sont les mêmes quelle que soit l'aire corticale explorée. L'application de strychnine sur un point du cortex détermine des secousses périodiques bioélectriques. Les stimuli afférents portés sur l'organe des sens correspondant à l'aire corticale strychnisée déterminent de fortes et rapides variations du potentiel électrique, accompagnées de convulsions dans un groupe de muscles ou généralisées (épilepsie réflexe). L'auteur tend à admettre le mécanisme réflexe des crises comitiales dans leur ensemble. Les expériences ont été réalisées à l'aide du neurographe (galvanomètre à bobine mobile) de Tönnies, sur 45 lapins, dans le laboratoire d'Oscar Vogt, à Berlin. Très intéressante bibliographie.

Henri Ex.

**La teneur en calcium et en potassium de l'encéphale de l'embryon humain et son rapport avec l'âge du fœtus**, par R. J. LANDA-GLAZ (*owietskaia nevropatologuia psichiatria i psychoguiguena*, T. III, fasc. 8, 1934).

Le taux en calcium de l'encéphale de l'embryon humain dans la période de début, atteint et quelquefois dépasse 1 % du poids du résidu sec. Ensuite, la teneur en calcium baisse d'abord rapidement, plus tard lentement pour arriver au chiffre de 0,05 % à la phase terminale du développement.

Le taux du potassium oscille autour de 2 %, mais le développement embryonnaire n'exerce pas d'influence marquée sur ce taux.

FRIBOURG-BLANC.

**Coma hypercalcémique expérimental** (Coma hipercalcémico experimental), par J. A. COLLAZO, et A. SANTOS RUIZ. *Archivos de Medicina, Cirugia y Especialidades*. T. XXXVII, n° 48, pp. 1314-1319, 1<sup>er</sup> décembre 1934.

Les grandes doses de vitamine D, de parathormone ou de chlorure de calcium provoquent un état comateux avec hypertonie neuro-musculaire et hypercalcémie accentuée. Le « coma calcique » aboutit à la mort chez les animaux en expérience et évoque les accidents signalés par MM. Resa, F. Cruz et Collazo à la suite de l'extirpation du glomérule carotidien.

P. CARRETTE.

**Infection expérimentale du système nerveux par le cryptococcus histolyticus** (Infezione sperimentale del sistema nervoso da cryptococcus histolyticus), par V. TRONCONI (de Pavie). *Rivista di Pato. nervosa e mentale*, Juillet-Août 1934, p. 32 à 54.

Travail illustré d'excellentes microphotographies (notamment d'imprégnations par la méthode de Cajal et de Lugaro pour l'astroglie) qui donnent les résultats de l'inoculation de la « torule » aux singes.

Henri Ey.

**L'intradermoréaction à l'alcool pour le diagnostic d'alcoolisme** (L'alcool intradermo-reazione per la diagnosi dell alcoolismo), par Oreste BONAZZI (de Bologne). *Giornale di Psichiatria e di Neuropathologia*, n° 3, 1934, p. 272 à 279.

Après scarification et frottement énergique avec un tampon d'alcool, l'auteur a observé chez les non-alcooliques une réaction locale inflammatoire d'une durée variable d'une demi-heure à six heures. Chez les alcooliques (au sens large, dit l'auteur ?) il n'y a pas de réaction.

Henri Ey.

**Particularités de la réaction psychique à l'adrénaline chez des malades, présentant un complexe symptomatique névrosique**, par L. J. CHARGARODSKY (*Sowietskaia nevropatologuia psichiatria i psychoguiguena*, T. III, fasc. 8, 1934).

L'auteur attire l'attention sur l'intérêt que présente la réaction à l'adrénaline chez des malades atteints de diverses névroses. Les particularités

constatées ne sont pas caractéristiques pour tel ou tel type de névrose, mais pour des complexes fonctionnels déterminés. La réaction peut devenir utile comme moyen auxiliaire de diagnostic.

FRIBOURG-BLANC.

**Le métabolisme hydrocarboné dans la psychose maniaque-dépressive endogène** (El mètabolismo hidrocarbonado en la psicosis maníaco-depresiva endógena), par José M. SACRISTÁN. *Archivos de Neurobiología* T. XIV, n° 5, pp. 691-748, 1934.

Le métabolisme hydrocarboné est étudié par la méthode de Hagedorn-Jensen, fondée sur la réduction par la glucose du ferricyanure de potassium au moyen du sulfate de cuivre et le traitement du résidu par l'acide iodhydrique. Dans la psychose maniaque-dépressive endogène, la réaction hyperglycémique paraît subir les variations d'intensité du processus pathologique. L'état affectif n'influe pas sur le type de la réaction. Les mêmes constatations s'effectuent dans les accès, qu'ils soient anxieux ou de tendance maniaque. L'importance du type constitutionnel est prédominante. Ces recherches démontrent à nouveau la valeur, au cours de ces perturbations émotives, de l'hyperexcitabilité du système végétatif.

P. CARRETTE.

**Le problème de la différenciation psychique par rapport aux groupes sanguins**, par V. TOMASZEWSKI (*Nowiny Psychjatryczne*, T. XII, fasc. 1-2, 1935).

Après un exposé bibliographique détaillé de la question, l'auteur étudie les relations entre les groupes sanguins, les maladies mentales, la criminalité, les types constitutionnels, le développement intellectuel et le tempérament individuel des sujets ainsi que le tempérament suivant les nations. La diversité des opinions sur ce sujet est très grande, mais les derniers résultats obtenus sont négatifs. Cette question, pour être tranchée définitivement, devrait être reprise sur un nombre de sujets plus considérable et plus différencié.

FRIBOURG-BLANC.

**L'index phytotoxique. Résultats d'études avec 68 sujets masculins atteints de schizophrénie** (Phytotoxic Index. Results of Studies with Sixty-Eight Male Schizophrenic Patients), par William FREEMAN, Joseph-M. LOONEY et Rose R. SMALL. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXXII, n° 3, pp. 554-559, septembre 1934.

L'expérience de l'index phytotoxique avec les humeurs des sujets schizophréniques a été négative, mais les recherches seront poursuivies dans d'autres formes mentales où elles décèleront le processus toxi-infectieux et à ce titre le principe appliqué mérite d'être exposé. Macht observait de 1922 à 1926 des effets inhibiteurs sur la croissance des semences de *Lupinus albus*. Il expérimentait d'abord la cocaïne. Puis, avec Looney, il utilisait le sang des sujets atteints d'anémie pernicieuse et obtenait des résultats qui permettaient le diagnostic avec d'autres dyscrasies sanguines. Dans les états de dépression, le trouble de la croissance des semences

a été recherché. Le test est d'autant plus probant que l'on est en présence de formes plus toxiques correspondant à des cas de perturbations psychomotrices particulièrement graves. Dans la schizophrénie les auteurs n'ont pas trouvé de différences significatives avec les sujets témoins dans la recherche par le sang ou l'urine du test de croissance du *Lupinus albus*, test dont les variations constituent l'index phytotoxique.

P. CARRETTE.

**Du comportement, du « phénomène d'obstacle » de Donaggio dans l'épilepsie** (Sil comportamento del « fenomeno di ostacolo » di Donaggio nell' epilessia), par L. CABITTO (de Novara). *Giornale di Psichiatria e di Neuropatologia*, n° 3, 1934, p. 263 à 271.

La réaction a été recherchée dans les urines de cinquante épileptiques. elle a été positive une demi-heure après l'accès passant par un maximum deux ou trois heures après. Inversement la réaction novocaïno-formalinique de Costa dans le sang est positive avant l'accès et négative après. Tout se passe comme si le toxique convulsivant circulant avant la crise passait ensuite dans les urines. Bibliographie.

Henri Ey.

**Existe-t-il un virus filtrable du parasite du paludisme ?** par B. SPAGNOLI (Brescia) (*Annali dell'ospedale psichiatrico di Perugia*), décembre 1934.

L'auteur met en relief la valeur des recherches de Scinti, Mariotti et Ascisne. Ces derniers auraient démontré l'existence de formes invisibles et filtrables d'hématozoaires paludéens. Une telle conception permettait de fournir une explication intéressante de l'effet de la malaria sur le traitement de la paralysie générale. M. Spagnoli, qui a recommencé lui-même ces recherches, n'est pas arrivé à des résultats probants.

P. ABÉLY.

**La négativité du liquide céphalo-rachidien dans la paralysie générale progressive** (La negatividad del líquido cefalo raquideo en la parálisis general progresiva), par Mariano FONTANA. *Boletín del Asilo de Alienados en Oliva*. T. II, n° 6, pp. 266-270, décembre 1934.

Dans l'immense majorité des cas, les réactions du liquide céphalo-rachidien sont positives dans la paralysie générale. Elles ne disparaissent qu'à la suite de traitements prolongés ou dans certaines formes atypiques. Cependant il existe des cas rares, vérifiés, d'encéphalites syphilitiques, dont l'aspect clinique est celui de la paralysie générale et qui ne présentent pas de réactions biologiques méningées pendant toute la durée de leur évolution.

P. CARRETTE.

**Les indications thérapeutiques données par l'examen du liquide céphalo-rachidien chez les syphilitiques**, par A. SÉZARY. *La Presse Médicale*, n° 85, pp. 1673-1674, 24 octobre 1934.

Dans la neuro-syphilis deux ponctions lombaires pour le moins sont généralement nécessaires pour confirmer l'efficacité du traitement. L'au-

teur estime qu'il est possible de prévenir les complications nerveuses par la cure mixte arséno-bismuthique des premiers mois réitérée jusqu'à la 3<sup>e</sup> année. Le liquide céphalo-rachidien peut être altéré dès les premières atteintes de l'infection. La méningite secondaire est loin d'être rare. Quand un malade a passé le cap des 20 ans après le chancre sans l'ombre d'accidents nerveux la ponction lombaire cesse d'être indispensable.

P. CARRETTE.

**Le pouvoir amylolytique du liquide cérébro-spinal** (The Amylolytic Power of the Cerebro-Spinal Fluid), par Norman MOULSON. *The Journal of Mental Science*. T. LXXX, n° 331, pp. 684-691, octobre 1934.

Le dosage du glucose opéré avant et après addition de glycogène donne deux résultats, dont la différence correspondrait à l'amylase présente dans le liquide céphalo-rachidien. Elle serait notablement augmentée chez les malades atteints d'un processus dégénératif ou inflammatoire du système nerveux central. C'est une indication probable d'accroissement de la perméabilité méningée.

P. CARRETTE.

**L'examen du liquide céphalo-rachidien dans l'épilepsie** (L'esame del liquor nell'epilessia), par Spirito CAGLIERO (de Turin). *Il Cervello*, Mai 1935, n° 3, p. 137 à 149.

L'auteur a étudié le liquide céphalo-rachidien de 100 épileptiques soustrait à distance d'au moins vingt-quatre heures des crises. Il a trouvé des altérations pathologiques dans 24 0/0 des cas et principalement dans les épilepsies symptomatiques. Les recherches ont porté sur l'albumine, le Pandy, les réactions de Nonne, de Weichbrodt, de Wassermann, de Meinicke, du mastic, de Takata-Ara.

Henri Ex.

**Les variations cholestérinémiques et les déséquilibres du métabolisme lipoïdique chez les épileptiques** (Le variazioni colesterinemiche egli squilibri del sicambio lipoideo negli epilettici), par L. JACCHIA et G. FATTOVITCH (de Venise). *Giornale di Psichiatria e di Neuropatologia*, n° 3, p. 247 à 262.

Les auteurs se sont servis pour le dosage de la cholestérine de la méthode d'Audenvieth et Liebermann Burckhard. Les valeurs du taux de la cholestérinémie dans l'intervalle des accès ont été constamment inférieures à la normale. Une certaine relation s'est révélée entre la gravité clinique de l'épilepsie et l'hypocholestérinémie. Pendant les accès, on a noté généralement une légère élévation du taux qui s'abaisse ensuite dans de notables proportions, de 22 0/0 dans la demi-heure qui suit à 60 0/0 après trois heures. Bibliographie.

Henri Ex.



## ENDOCRINOLOGIE

**Sympathique et interférométrie**, par LAIGNEL-LAVASTINE. *Le Progrès Médical*, n° 22, pp. 921-930, 2 juin 1934.

L'interférométrie a donné de grands espoirs à l'endocrinologie. Il ne faut pas se hâter de déclarer qu'ils ont été déçus. Les opzim qui mettent en évidence les ferments produits à l'occasion de l'introduction d'un extrait glandulaire donnent sur l'activité endocrinienne des renseignements de valeur, mais on ne peut déterminer l'état d'un seul organe par un seul essai. L'activité antifermentaire tend à indiquer une insuffisance glandulaire correspondante. M. Laignel-Lavastine apporte quelques exemples qui précisent le rôle de l'interférométrie dans le diagnostic des déséquilibres neuro-végétatifs en rapport avec les troubles endocriniens.

P. CARRETTE.

**Le rôle du facteur endocrino-sympathique dans le mécanisme de la fièvre**, par Albert SALMON. *La Presse Médicale*, n° 65, pp. 1289-1291, 15 août 1934.

Les glandes endocrines jouent un rôle certain dans la régulation thermique. La thyroïde agit sur le métabolisme basal ; l'adrénaline, la sécrétion ovarienne, l'activité hypophysaire sont modifiées dans la fièvre. Le tuber cinereum, au titre de centre végétatif, conjugue son action avec celles de la glande surrénale et de l'hypophyse dans la régulation thermogénétique.

P. CARRETTE.

**Syndrome de Cushing, basophilisme, formes frustes**, par F. TURYN (*Warszawskie Czasopismo Lekarskie*, T. XII, n° 14 du 11 avril 1935).

A propos de deux observations personnelles, l'auteur conclut que le basophilisme hypophysaire conduit d'une part au syndrome de Cushing, typique ou atypique, et d'autre part aux formes variées de basophilisme fruste telles que l'obésité, l'hypertension essentielle, le diabète gras, la lithiase rénale, l'ostéite fibro-kystique. La différenciation du syndrome de Cushing et du syndrome d'Apert demande à être approfondie. Tout semble indiquer une analogie absolue.

FRIBOURG-BLANC.

**Psychoses associées avec des altérations probables de l'hypothalamus et des formations voisines. Effets de la solution de pituitaire et de pituitrine en injection intraspinale** (Psychoses Associated with Probable Injury to the Hypothalamus and Adjacent Structures Effects of Solution of Pituitary and Pitressin Given Intraspinally), par Milton-L. MILLER. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXXI, n° 4, pp. 809-816, avril 1934.

Les perturbations émotionnelles associées à des symptômes hypothalamiques, infundibulaires et paraventriculaires sont assez souvent une indication de tumeur de la région. Le premier cas observé par M. Miller est caractérisé par le diabète insipide, l'obésité et l'hypermnie ; le 2<sup>e</sup> cas, par la polyurie. L'introduction intraspinale de pituitrine agit sur le métabolisme

de l'eau. Les extraits de lobe postérieur paraissent provoquer une réaction congestive intense de la face et du cou, des nausées, des vomissements et un léger déséquilibre thermique. Ces résultats ont une similitude frappante avec ceux qu'obtinrent M. Cushing et ses collaborateurs par injection intraventriculaire.

P. CARRETTE.

**Hypophyse et diabète**, par LÉON BINET. *La Presse Médicale*, n° 99, pp. 2000-2002, 12 décembre 1934.

Les expériences rapportées par M. Binet démontrent l'intervention de l'antéhypophyse dans la glyco-régulation. La glande exercerait un pouvoir diabétogène normalement neutralisateur de la fonction pancréatique et inhibiteur de l'action des centres infundibulo-tubériens.

P. CARRETTE.

**Goitre et maladie mentale**, par P. COPPOLA. *L'ospedale Psichiatrico*, janvier 1935.

L'auteur étudie les goitreux du manicomio de Naples, et en particulier la proportion d'aliénés dans une région voisine où les foyers goitreux sont particulièrement nombreux. De ces recherches, il estime que le goitre paraît avoir peu d'importance dans l'étiologie des maladies mentales.

P. ABÉLY.

**L'anamnèse chez les malades atteints de goitre à forme toxique** (The Anamnesis of the Toxic Goiter Patient), par AGNES CONRAD. 90<sup>e</sup> meeting annuel de l'*American Psychiatric Association*, New-York, 28 mai-1<sup>er</sup> juin 1934 in *The American Journal of Psychiatry*. T. XCI, n° 3, pp. 521-527, novembre 1934.

L'auteur s'attache à l'étude des troubles émotionnels dans la maladie de Basedow. Les formes toxiques s'accompagnent de manifestations anxieuses greffées sur des conflits affectifs et favorisées par des tendances héréditaires. La psychothérapie est dès lors l'indispensable complément des cures médicamenteuses ou chirurgicales. Sans elle la réadaptation sociale du sujet est illusoire.

P. CARRETTE.

**Les goitres de la puberté** (Los bocios de la pubertad), par E.-B. del CASTILLO et J. ARGONZ. *La Semana Medica*, n° 2132, pp. 1625-1630, 22 novembre 1934.

Trois types de goitres de la puberté sont observés : l'adénome toxique avec métabolisme basal augmenté, le goitre colloïde avec métabolisme normal et le type d'insuffisance thyroïdienne sans myxœdème avec métabolisme abaissé. Les hyperthyroïdies de l'adolescence sont graves. Elles font souvent partie de syndromes endocriniens complexes, où apparaissent les inter-réactions fonctionnelles des glandules thyroïdiennes, des gonades et du lobe antérieur de l'hypophyse.

P. CARRETTE.

**Simulation d'une atrophie musculaire progressive par goitre exophtalmique** (Simulation of Progressive Muscular Atrophy by Exophthalmic Goiter), par J. B. AYER, J. H. MEANS et J. LERMAN. *Endocrinology*, T. XVIII, n° 6, pp. 701-704, novembre-décembre 1934.

Le goitre toxique observé par les auteurs est la cause d'un syndrome simulant l'atrophie musculaire progressive. Les réflexes restaient normaux et les troubles sensitifs étaient absents. Les muscles retrouvèrent progressivement leur état normal et les signes de maladie de Basedow furent améliorés après thyroïdectomie subtotale.

P. CARRETTE.

## THERAPEUTIQUE

**Principes d'initiation à la thérapeutique par le travail** (Educational Principles in Occupational Therapy), par W. M. van der SCHEER. *The Journal of Mental Science*. T. LXXX, n° 331, pp. 650-657, octobre 1934.

Le professeur van der Scheer, de Groningue (Pays-Bas), rappelle fort judicieusement que dans de nombreux pays la thérapeutique d'occupation des aliénés n'est pas encore utilisée rationnellement. On ne saurait nier l'intérêt des cures spécifiques, de la pyrétothérapie, de la narcose prolongée, de la désintoxication digestive, des recherches étiologiques, de la prophylaxie, mais la thérapeutique de la phase aiguë terminée les malades restent, dans la majorité des cas, inadaptés à la vie normale, menacés de récurrence ou abandonnés à la vie oisive des chroniques d'asile s'écartant progressivement de tout ce qui peut les ramener à la collaboration sociale. M. van der Scheer, d'accord avec H. Simon, de Gütersloh, qui a publié sur la question des faits observés avec compétence, montre la nécessité de remédier à la misère morale des malades par l'occupation sous la direction d'un personnel médical spécialement éduqué. Cette méthode permet d'améliorer le sommeil des malades, de réduire l'usage des hypnotiques et le séjour au lit, de supprimer les bains prolongés et la contrainte, etc... Un personnel adroitement entraîné pourrait occuper régulièrement 90 % des patients.

P. CARRETTE.

**Le programme du traitement par le travail dans l'état de New-York** (The Occupational Therapy Programme in the State of New York), par Eleanor C. SLAGLE. *The Journal of Mental Science*. T. LXXX, n° 331, pp. 639-649, octobre 1934.

Le programme d'occupation pour les malades mentaux est très varié. Il associe ingénieusement le travail physique et intellectuel, les obligations d'hygiène, les distractions. Ce qu'il importe surtout de noter, c'est l'essor donné par les Américains à ce mode d'assistance des aliénés. Voici quelques chiffres. L'état de New-York possède 17 hôpitaux civils pour psychopathes, 2 pour les criminels, 5 pour les arriérés, 2 pour les jeunes anormaux délinquants, 1 pour les épileptiques. Plus de 80.000 malades sont assistés, dont 6.444 en cure libre, sur parole. La proportion par rapport aux malades est en moyenne de 1 médecin pour 200. Le nombre d'infirmiers et gardiens varie évidemment suivant les circonstances. Dans les services d'admission

et d'aigus, il y a 1 employé pour 3 ou 4 patients, et dans les pavillons de simple surveillance, 1 ou 2 gardiens pour 60 ou 70 hospitalisés.

P. CARRETTE.

**Le traitement des malades mentaux par le travail. Les idées et les réalisations de H. Simon,** par Jacques Vié. *L'Aliéniste Français*, n° 10, pp. 589-598, décembre 1934.

Les recherches d'H. Simon ont été publiées à Berlin en 1929. A Gütersloh (Westphalie), il ne dispose d'aucun procédé qui ne puisse être mis en œuvre dans tous les Asiles. Le travail doit s'adapter exactement à la capacité fonctionnelle du malade et le maintenir au niveau supérieur de cette capacité. M. Vié rappelle que H. Simon note très justement que le travail combat les causes de déchéance habituelles à l'Asile : l'oisiveté, la notion d'irresponsabilité globale et continue, la dégradation de l'individu par le bruit, les grossièretés et l'interpsychologie délirante. La direction médicale est indispensable. Elle seule peut fixer l'opportunité d'une besogne, limiter l'activité du maniaque, stimuler le déprimé et orienter le délirant. Il est souvent nécessaire, pour ne pas heurter certains préjugés, de qualifier la méthode d'*occupation* et non de *travail*. Dans d'autres pays, hors d'Allemagne, des objections naissent de la crainte de la concurrence par les employés et les ouvriers normaux et des difficultés d'ordre administratif paralysent l'initiative médicale.

P. CARRETTE.

**Traitement des états anxieux par l'hyposulfite de magnésium** (Tratamento dos estados ansiosos pelo hyposulfito de magnesio), par Fausto GUERNER et E. de AGUIAR WHITAKER. *São Paulo, Medico*. T. VII, n° 6, pp. 265-274, décembre 1934.

Les états anxieux, liés à des syndromes psychopathiques variés, ont été traités par les auteurs en utilisant l'hyposulfite de magnésium à 10 % quotidiennement en injections intraveineuses à la dose de 1 gramme. En dehors des formes mentales profondes vouées à la chronicité ou aux complications délirantes, les succès ont été très nets: L'état mental des malades s'est amélioré avec les troubles gastro-intestinaux. Il semble que ces résultats favorables doivent être attribués aux tendances acidifiantes de l'hyposulfite de magnésium, correctrices de la vagotonie.

P. CARRETTE.

**De certaines possibilités d'action sur les processus schizophréniques par des moyens biologiques,** par G. E. RICHTER (*Sovietskaia Psychonevrologia*, T. XI, n° 1, 1935).

En partant de la conception que la schizophrénie est une maladie organique ayant des manifestations somatiques, l'auteur étudie l'action des moyens thérapeutiques basés sur les méthodes biologiques et particulièrement l'action hormonale des lysines et de la gravidine. Chez certains malades, les résultats favorables se manifestent par l'amélioration de l'état psychique et somatique ainsi que par l'atténuation des troubles humoraux. Dans des cas où cette thérapeutique échoue on assiste à l'aggravation de

l'état général et psychique avec apparition de nouveaux signes. Certaines aggravations spontanées au cours de la schizophrénie pourraient être consécutives aux troubles humoraux des sujets.

FRIBOURG-BLANC.

**Du traitement de la schizophrénie par des injections de sang de placenta,** par J. B. GALANT (*Sovietskaia Psychonevrologia*, T. XI, n° 1, 1935).

L'auteur rapporte les résultats obtenus chez 41 malades atteints de schizophrénie, traités par des injections de sang de placenta. Chez 26 sujets, les effets thérapeutiques furent favorables, surtout dans les formes aiguës avec catatonie. Le mécanisme de l'hémo-placento-thérapie semble être dû au choc aidé efficacement par l'élément émotionnel. Cet effet suggestif ne peut être opéré que chez des malades dont la personnalité n'a pas subi une désintégration trop avancée.

FRIBOURG-BLANC.

**Le traitement par le soufre dans la schizophrénie** (Schwefel Behandlung bei Schizophrenie), par Albrecht LANGELOUDEKE (Hambourg). *Zeitschr. f. d. g. Neuro. und Psych.*, Tome CXLIX, p. 499 à 513.

Exposé des résultats obtenus par la sulfosine (Anästhesulf et Schwefelöl allemands). Sur 35 malades traités, 18 améliorations (51,4 0/0) ont été obtenues, tandis que sur 60 malades non traités il n'y a eu dans le même temps que 30 0/0 de rémissions. Quelques considérations assez conjecturales sur l'opposition d'une action du soufre immunisobiologique dans la paralysie générale et heredobiologique dans la schizophrénie terminent par un « ornement » inutile cet article. Bibliographie.

Henri Ey.

**De l'influence des injections intraveineuses des solutions hypertoniques de Na CL dans l'épilepsie et la schizophrénie,** par I.-M. SLIVKO et Mme K.-P. KRIJANOWSKAIA. *Sovietskaia Psychonevrologia*, T. X, n° 5, 1934, p. 38-44.

Les auteurs soulignent les avantages des injections intraveineuses hypertoniques de sérum physiologique. Ils notent en particulier la diminution des céphalées et la diminution de fréquence et d'intensité des crises épileptiques. Ces faits sont dus à la diminution de l'état œdémateux du cerveau. L'hypertension crânienne s'abaisse et réalise l'atténuation des signes qui en dépendent. Les injections hypertoniques augmentent les processus d'oxydation dans les tissus et favorisent la destruction dans l'organisme des produits insuffisamment oxydés.

FRIBOURG-BLANC.

**Le traitement des toxicomanies par l'émulsion de lipides végétaux,** par Roger DUPOUY et Maurice DELAVILLE. *La Presse Médicale*, n° 99, pp. 1998-2000, 12 décembre 1934.

Les auteurs donnent leurs statistiques des cures par le « démorphène ». Les résultats sont rapides et les accidents évités grâce à une technique très-précise. Toutefois certains sujets ont présenté quelques troubles généraux.



Ils sont intoxiqués de vieille date avec un foie, des reins et des vaisseaux en mauvais état. Il convient de les désintoxiquer d'abord au cours d'un traitement préalable avant le sevrage proprement dit. MM. Dupouy et Delaville considérant la fréquence des abcès et leur valeur éliminatrice favorable recherchent les moyens de provoquer une leucocytose thérapeutique pendant les cures.

P. CARRETTE.

**Emploi de l'autosérothérapie avec du sérum de vésicatoire dans le traitement des toxicomanies**, par CARRATALA. (*Revista de Criminologia, psiquiatria y medicina legal*, T. XXII, n° 129, juin 1935).

L'auteur a employé avec succès les injections de sérum de vésicatoire dans de nombreux cas de toxicomanies. La technique en est très simple : on applique un vésicatoire de 6 à 8 cm<sup>2</sup> pendant 15 à 20 heures. Il se forme quelques vésicules qui confluent en général en une ampoule unique. La phlyctène contient un liquide de réaction alcaline où l'on rencontre de l'albumine, de la fibrine et de la cantharidine. Le contenu de l'ampoule est injecté sous la peau des bras ou de la paroi abdominale. On injecte 2 à 10 cm<sup>3</sup> de sérum chaque fois. Le nombre d'injections est variable, il atteint en moyenne 3 à 5. On doit éviter d'entreprendre ce traitement chez les malades présentant des lésions rénales et l'examen des urines est obligatoire. La réaction provoquée par l'injection est le plus souvent insignifiante. Les résultats obtenus sont extrêmement favorables et le traitement a le plus souvent le gros avantage de faire disparaître la sensation de besoin éprouvée par les malades. En 15 à 20 jours, les toxicomanes sont en général libérés de leur désir de la drogue. En même temps, ils reprennent peu à peu du poids et leur état général s'améliore.

LAUZIER.

**Les réflexes conditionnels et le traitement de l'alcoolique**, par G. ICHOK. *Le Progrès Médical*, n° 45, pp. 1742-1745, 10 novembre 1934.

L'auteur invoque les expériences de Pavlov pour conseiller un moyen de désintoxication des alcooliques. L'ingestion d'alcool est précédée d'une injection d'apomorphine qui la lie à la certitude du vomissement. La difficulté consiste évidemment à maintenir le dégoût après suppression de l'apomorphine. Le réflexe doit faire son œuvre, mais il n'est pas mauvais de le soutenir par une psychothérapie énergique.

P. CARRETTE.

**L'action du chlorhydrate d'émétine dans le traitement de l'alcoolisme et de ses complications** (La Acción del Clorhidrato de Emetina en el tratamiento del Alcoholismo y sus complicaciones), par Antonio TENA. *Revista mexicana de Psiquiatria, Neurologia y Medicina Legal*. T. I, n° 4, pp. 25-31, novembre 1934.

Le chlorhydrate d'émétine en injections sous-cutanées, aux doses répétées de 0,02 à 0,06 gr. donnerait d'excellents résultats dans le delirium tremens et dans les manifestations neuro-psychiques de l'intoxication alcoolique à ses diverses phases. On suppose que l'émétine agit comme excitant.

des sécrétions et comme décongestionnant. La cure peut être heureusement complétée par la strychnine.

P. CARRETTE.

**Valeur thérapeutique de l'insuline dans certains troubles ovariens**, par O. POULAIN-LANDRIEU. *Le Progrès Médical*, n° 49, pp. 1949-1953, 1<sup>er</sup> décembre 1934.

Les résultats obtenus grâce aux injections d'insuline s'adressent aux hémorragies de la puberté et de la ménopause, aux dysménorrhées liées aux troubles fonctionnels en dehors de toute affection chirurgicale et de développements néoplasiques.

P. CARRETTE.

**Traitement biologique des méningites à pneumocoques** (Tratamiento biológico de las meningitis neumocóccias), par Alfredo CASTOLDI. *La Semana Médica*, n° 2133, pp. 1717-1720, 29 novembre 1934.

La méningite à pneumocoques se présente dans la majorité des cas comme un syndrome méningé type consécutif à une invasion infectieuse avec localisation pharyngée. La confirmation du diagnostic est fournie par l'examen du liquide céphalo-rachidien. La sérothérapie antipneumococcique est pratiquée avec succès en injections sous-cutanées et intra-rachidiennes par « pompage » (aspirations du liquide, mélange et introductions lentes répétées) à la dose de 3 ccs, renouvelées 3 ou 4 fois.

P. CARRETTE.

**La pyrétothérapie dans le traitement des atrophies optiques d'origine syphilitique** (La Piretoterapia en el Tratamiento de las Atrofias Opticas de origen Sifilitico), par Luis SANCHEZ-BULNES. *Revista mexicana de Psiquiatria, Neurologia y Medicina Legal*. T. I, n° 4, pp. 33-39, novembre 1934.

Les résultats décevants et parfois les dangers du traitement arsenical dans la névrite optique sont connus. L'auteur a tenté la pyrétothérapie, surtout le Dmelcos. Il estime qu'associé au bismuth elle constitue la meilleure forme de traitement actuel. Dans les cas récents, l'arrêt de l'évolution et même une amélioration nette ont été assez fréquemment notés.

P. CARRETTE.

**Résultats obtenus par la pyrétothérapie chimique dans les maladies mentales** (Resultados obtenidos con la piretoterapia química en los enfermos mentales), par Ricardo BORDAS-JANÉ. *Revista Medica de Barlona*. T. XXII, n° 131, pp. 371-380, novembre 1934.

L'auteur ne s'est pas borné à l'application de la pyrétothérapie dans la syphilis nerveuse. Ses succès s'étendent à des encéphalites, à des épilepsies, à des schizophrénies. L'abcès de fixation par l'essence de thérébentine n'a donné que des améliorations transitoires. La sulfofin a été plus sûre dans ses effets. La pyrétothérapie chimique est également une épreuve utile aux explorations biologiques. Elle précède par les modes de tachycardies enre-

gistrées le diagnostic des psychoses infectieuses ; elle renseigne sur la réaction de la pression artérielle et sur la vélocité de sédimentation du sang.

P. CARRETTE.

**Guérison durable d'un cas d'asthme bronchique avec la malariathérapie,** par Charles COSTANZI. *La Presse Médicale*, n° 104, pp. 2099-2100, 29 décembre 1934.

Certains cas d'asthme bronchique récidivent invariablement malgré l'emploi des thérapeutiques les plus variées tendant à modifier l'équilibre neuro-végétatif ou la diathèse colloïdo-clasique. M. Costanzi présente l'observation d'un de ces malades soumis successivement sans effets à toutes les cures connues et à qui il inocula le paludisme, — exactement la fièvre tierce bénigne, — pour tenter de modifier les modalités de réaction du système réticulo-endothélial dont l'importance lui paraît décisive dans les états d'hypersensibilisation de l'organisme. Après 8 mois d'évolution du paludisme, l'asthme cédant au cours des périodes fébriles, la quinine a pu être employée et la guérison se maintient depuis 3 ans.

P. CARRETTE.

**Les algies scapulo-humérales et leur traitement par les agents physiques,** par G. CHAUMET. *La Presse Médicale*, n° 102, pp. 2053-2057, 22 décembre 1934.

Les algies de l'épaule avec limitation des mouvements compliquées de contracture et plus tard d'amyotrophie, de plexite, répondent au syndrome de la péri-arthrite scapulo-humérale qu'il importe de distinguer de la névralgie cervico-brachiale et des séquelles des traumas scapulaires. La radiothérapie semi-pénétrante à doses modérées, répétée 2 ou 3 fois par semaine, serait le meilleur des traitements par les agents physiques. Il est remarquable d'observer avec la sédation des algies et la restitution de la motilité, la disparition fréquente des calcifications péri-articulaires.

P. CARRETTE.

## MÉDECINE LÉGALE

**Crime et Châtiment. Contribution à l'étude de la psychologie du psychopathe délinquant (Crimen y Castigo. Contribución al estudio de la psicología del psicópata delincuente),** par Angel GARMA. *Archivos de Neurobiología*. T. XIV, n° 4, pp. 579-598, 1934.

Les avis sont partagés sur les résultats du châtiment chez les psychopathes délinquants. L'intimidation justifierait un accroissement de peine chez les sujets atteints d'atrophie éthique. M. Garma montre qu'il est impossible de décider la peine si on ne connaît exactement les mobiles du malade. Dans certains cas, il s'agit d'impulsion et les conséquences n'ont pas été envisagées. La peine doit être légère et l'effort éducatif suivre immédiatement. Il est prouvé que le délinquant agit souvent par masochisme ou sentiment de culpabilité et on comprend que la peine va à l'encontre des intérêts de tous ; elle fournirait une justification au malade auquel il convient d'appliquer les méthodes psychothérapiques de rééducation sociale ou d'adaptation à une existence collective surveillée.

P. CARRETTE.

**Crimes de motif inintelligible représentant le symptôme initial du développement insidieux d'une schizophrénie** (Crimes of Unintelligible Motivation as Representing an Initial Symptom of an Insidiously Developing Schizophrenia), par A. W. HACKFIELD. *The American Journal of Psychiatry*. T. LXXXXXI, n° 3, pp. 639-668, novembre 1934.

L'auteur étudie les effets comparés du régime hospitalier et du régime pénitencier sur le développement de la schizophrénie. Le crime constitue parfois la première réaction importante de l'état pathologique. Les sujets se répartissent en 3 groupes : 1. la maladie est méconnue, le criminel est emprisonné ; l'évolution des symptômes est aggravée, précipitée ; 2. l'examen médico-légal établit la nature morbide des réactions et le traitement médical vérifie le diagnostic ; 3. la personnalité psychopathique est identifiée à l'occasion du crime. On constate que les tendances schizoïdes peuvent conduire à des crimes atroces. La possibilité de telles violences est parfois pressentie par l'analyse ; elle commande l'observation et une surveillance spéciale des intéressés.

P. CARRETTE.

**Suicides et homicides dans leurs relations avec les modifications barométriques** (Suicides and Homicides in their Relation to Weather Changes), par C. A. MILLS. *The American Journal of Psychiatry*. T. LXXXXXI, n° 3, pp. 669-677, novembre 1934.

Les perturbations barométriques profondes exercent une influence considérable sur l'état émotif de certains déséquilibrés. M. Mills note que les suicides et les crimes augmentent quand la température s'élève et que la pression baisse brusquement, quand l'instabilité atmosphérique est intense. Il signale la fréquence du déséquilibre émotif chez les sujets venant des états du Sud vers le Nord des Etats-Unis et supportant mal les perturbations extérieures. Il est évident que les actes de violence sont commis à l'occasion de troubles fonctionnels importants qui déclenchent l'agitation ou l'angoisse et dans le désarroi des difficultés matérielles accumulées.

P. CARRETTE.

**Responsabilité médicale. Sérothérapie antitétanique**, par M. COURTOIS-SUFFIT et Francis BOURGEOIS. *Gazette des Hôpitaux*, n° 7, pp. 111-113, 23 janvier 1935.

Pourquoi faut-il que cette question de la responsabilité médicale à propos du tétanos soit encore aujourd'hui d'actualité ? Certains praticiens ont été blâmés, voire condamnés, pour avoir injecté du sérum, d'autres pour ne l'avoir pas fait. On ne peut se fier ni à la bénignité de la plaie, ni aux traitements préventifs antérieurs. On meurt également du tétanos et de la sérothérapie. Et cependant il existe un vaccin antitétanique. Il suffirait de l'injecter aux sujets exposés dans l'industrie, dans les grandes administrations (la compagnie des chemins de fer d'Orléans a organisé cette vaccination sur l'initiative de M. Bazy), dans les collectivités enfantines. C'est un procédé exempt de dangers, d'une efficacité éprouvée et qui mettrait définitivement à l'abri, et les blessés, et les médecins.

P. CARRETTE.

# VARIÉTÉS

---

## SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

### Séances.

La *séance supplémentaire* du mois de MARS de la Société Médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *jeudi 12 mars 1936*, à 9 heures 30 *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV<sup>e</sup> arrondissement), dans l'Amphithéâtre du Pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de mars de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 23 mars 1936*, à 4 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI<sup>e</sup> arrondissement).

La *séance ordinaire* du mois d'AVRIL de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 27 avril 1936*, à 4 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI<sup>e</sup> arrondissement). La Société Médico-psychologique ne tiendra au mois d'avril qu'une seule séance.

### Dîner annuel.

Le dîner annuel de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 25 mai 1936*.

## ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS

### Nécrologie.

M. le D<sup>r</sup> Jean PIQUEMAL, Médecin-Chef à l'Asile privé faisant fonction d'Asile public d'aliénés de Limoux (Aude).

### Légion d'Honneur.

Est promu *Officier de la Légion d'Honneur* :

M. ORELLI, Directeur du Centre d'Hygiène mentale de Marseille (Bouches-du-Rhône).

*Chevalier de la Légion d'Honneur* :

M. PRADEL, Directeur administratif de la Maison de Santé de Leyme (Lot).



**Médaille d'Honneur de l'Assistance publique.***Médaille d'Argent :*

M. le D<sup>r</sup> AUBRY (Jean-Marie-Edmond), Médecin-Chef à l'Asile public d'aliénés de Maréville (Meurthe-et-Moselle) ;

M. le D<sup>r</sup> WAHL (Paul-Lucien), Médecin-Chef à l'Asile public d'aliénés de Marseille (Bouches-du-Rhône).

M. le D<sup>r</sup> PRIVAT DE FORTUNIÉ, Médecin-Chef à l'Asile public d'aliénés de Maréville (Meurthe-et-Moselle).

M. GÉRAUDAN, Directeur administratif de l'Asile public d'aliénés d'Amiens (Somme).

**Nominations.**

M. le D<sup>r</sup> Paul COURBON est nommé Médecin-Chef à l'Asile Clinique (Sainte-Anne), à Paris ;

M. le D<sup>r</sup> BRIAU est nommé Médecin-Chef à l'Asile public d'aliénés de Clermont-de-l'Oise ;

Mlle le D<sup>r</sup> JACOB est nommée Médecin-Chef à l'Asile public d'aliénés d'Alençon (Orne) ;

M. le D<sup>r</sup> THUILLIER est nommé Médecin-Chef à l'Asile public d'aliénés de Saint-Venant (Pas-de-Calais) ;

M. FRICK est nommé Directeur administratif de l'Asile public d'aliénés de Hœrdt (Bas-Rhin).

**Postes vacants.**

Sont vacants :

un poste de Médecin-Directeur à l'Asile public d'aliénés de Vauclaire (Dordogne) ;

un poste de Médecin-Chef à l'Asile public d'aliénés de Vauclaire (Dordogne) ;

un poste de Médecin-Chef à l'Asile public d'aliénés de La Roche-sur-Yon (Vendée) ;

un poste de Médecin-Chef à l'Asile public autonome de Bailleul (Nord) ;

un poste de Médecin-Chef à l'Asile public autonome de Bassens (Savoie).

**Concours pour 9 postes de Médecin des Asiles publics d'aliénés.**

Par arrêté du ministre de la Santé publique en date du 17 février 1936, un concours pour neuf emplois de *médecin du cadre des asiles publics d'aliénés* s'ouvrira à Paris, au ministère de la Santé publique et de l'Education physique, le *lundi 27 avril 1936*.

Les candidats adresseront à la direction du personnel de la comptabilité et des habitations à bon marché (1<sup>er</sup> bureau), pour le vendredi 27 mars au plus tard, les pièces suivantes : leur acte de naissance, leur diplôme de docteur en médecine, leurs états de service, un exposé de leurs titres, un résumé succinct de leurs travaux, du dépôt de leurs publications, les pièces établissant leur stage, les pièces établissant l'accomplissement de leurs obligations militaires.

**Concours pour 2 postes de Médecin chef des Asiles de la Seine.**

Le Jury était composé de MM. :

*Président* : D<sup>r</sup> DEQUIDT, Inspecteur général des Services administratifs ;

*Membres titulaires* : MM. les D<sup>rs</sup> DUCOSTÉ, GOURIOU, XAVIER ABÉLY, BARBÉ, LAGRIFFE, ROUGEAN ;

*Membres suppléants* : MM. les D<sup>rs</sup> GUIRAUD, DUCOS.

A la suite de ce concours, M. le D<sup>r</sup> VIÉ a été nommé Médecin-Chef des Asiles de la Seine.

**Concours pour un emploi de Médecin chef de service de Neuro-psychiatrie à l'Hôpital civil français de Tunis.**

Un concours sera ouvert, au siège de la Faculté de Médecine, à Paris, le jeudi 30 avril 1936, pour un emploi de médecin-chef du service de neuro-psychiatrie, à l'Hôpital civil français de Tunis.

Ce concours aura lieu devant un jury composé de trois juges désignés par le doyen de ladite Faculté.

Les épreuves consisteront en :

1° Une composition écrite sur un sujet de pathologie interne, d'une durée de trois heures (sans note, ni livre) ;

2° Une consultation écrite sur un malade au choix du jury (une demi-heure pour l'examen, une heure pour la rédaction) ;

3° Une épreuve clinique orale sur deux malades (pour chacun d'eux : une demi-heure pour l'examen, dix minutes pour l'exposition) ;

4° Une appréciation des titres, travaux et services des candidats.

Le président du jury fera un rapport sur les opérations du concours et présentera les candidats par ordre de mérite en indiquant la valeur respective des épreuves de chacun d'eux.

**CONDITIONS D'INSCRIPTION AU CONCOURS**

Pour se présenter au concours, les candidats devront réunir les conditions suivantes :

1° Adresser à la Direction de l'Intérieur (Service de la Santé Publique à Tunis) une demande avec indication de leur résidence actuelle ;

2° Être Français ;

3° Avoir le diplôme d'Etat de docteur en médecine conféré par une Faculté française ;

4° Produire une notice sur leurs titres, travaux et services antérieurs ;

5° Ne pas être âgé de plus de 40 ans, compte tenu de la durée des services militaires ;

6° Les candidats admis à concourir figurent sur une liste dressée par l'Administration après avis d'une Commission siégeant à Paris et dont la composition est fixée par arrêté.

L'entrée en fonction est fixée au 1<sup>er</sup> juin 1936.

Les avantages attachés à l'emploi consistent en une indemnité annuelle de 15.000 francs.

La liste d'inscription sera close le 14 mars 1936.

## HOPITAL HENRI-ROUSSELLE

M. le D<sup>r</sup> Th. SIMON est nommé *Médecin-Directeur de l'Hôpital Henri-Rousselle*, en remplacement de M. le D<sup>r</sup> Ed. TOULOUSE, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

## ASSISTANCE ET LÉGISLATION

### Un projet de réforme de la loi sur le régime des malades mentaux en Belgique.

En date du 20 janvier 1936, M. le Ministre de la Justice de Belgique a institué une commission chargée de remettre à l'étude le projet de loi sur le régime des malades mentaux.

Cette Commission, sous la *présidence* de M. POLL, Directeur général au Ministère de la Justice, comprend M. le D<sup>r</sup> BRUTSAERT, M. LÉON CORNIL, Avocat général à la Cour de Cassation, M. P. CORNIL, Inspecteur du Ministère de la Justice, MM. les Professeurs HÉGER-GILBERT et Aug. LEY, M. L. MATIVA, Directeur au Ministère de la Justice, MM. les D<sup>rs</sup> MEEUS et SANO, et M. le Professeur G. VERMEYLEN, Président de la Société de Médecine Mentale.

## RÉUNIONS ET CONGRÈS

### Société Suisse de Psychiatrie.

L'Assemblée de printemps de la *Société Suisse de Psychiatrie* aura lieu à Genève les 2 et 3 mai 1936, sous la *présidence* de M. le D<sup>r</sup> FLOURNOY.

Les rapports suivants ont été mis à l'ordre du jour de cette Assemblée :

*L'automatisme mental selon G. de Clérambault*, par M. le D<sup>r</sup> A. BROUSSEAU (de Paris) ;

*Etude clinique des automatismes mentaux*, par M. le D<sup>r</sup> F. MOREL (de Genève).

### Fédération Internationale des Organisations d'Eugénique.

L'Assemblée annuelle de la *Fédération Internationale des Organisations d'Eugénique* se tiendra à La Haye, du 16 au 21 juillet 1936.

Parmi les questions mises à l'ordre du jour de cette Assemblée figurent :

*Nouvelles recherches sur l'hérédité des troubles mentaux*,

*Nouvelles méthodes de recherches de psychologie normale sur l'hérédité*,  
*Statistiques de sélection chez l'animal et chez l'homme*,

*Rapports des différentes nations représentées à cette Assemblée sur la stérilisation eugénique*.

Les Inscriptions sont reçues par Mrs C.B.S. HODSON, *Secrétaire honoraire*, 443, Fulham Road, Londres, S.W. 10.

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

**Prix à décerner par l'Académie de Médecine en 1936.**

Nous indiquons ici seulement ceux de ces prix dont le règlement permet l'attribution à des travaux intéressant la Neuro-psychiatrie, l'Hygiène mentale ou la Médecine légale.

**PRIX ALVARENGA DE PIAUHY (Brésil).** — Anonymat obligatoire. — Partage interdit. 1.200 francs. (Annuel).

Ce prix sera décerné au meilleur mémoire ou œuvre inédite (dont le sujet restera au choix de l'auteur) sur n'importe quelle branche de la médecine.

**PRIX ANONYME.** — Anonymat interdit. — Partage autorisé. 2.000 francs. (Décennal).

Ce prix sera décerné aux meilleurs travaux présentés, par des concurrents de nationalité française, sur les maladies infectieuses des femmes en couches.

**PRIX APOSTOLI.** — Anonymat facultatif. — Partage interdit. 1.000 francs. (Annuel).

Ce prix sera décerné au meilleur ouvrage, travail ou mémoire, fait dans l'année, en France ou à l'étranger, sur l'électrothérapie.

**PRIX ARGUT.** — Anonymat facultatif. — Partage interdit. 800 francs. (Annuel).

Ce prix sera décerné à l'auteur de découvertes tendant à agrandir la conquête de la médecine sur le domaine de la chirurgie.

**PRIX BAILLARGER.** — Anonymat facultatif. — Partage interdit. 2.500 fr. (Biennal).

Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur la thérapeutique des maladies mentales et sur l'organisation des Asiles publics et privés consacrés aux aliénés.

Les mémoires des concurrents devront toujours être divisés en deux parties. Dans la première, ils exposeront, avec observations cliniques à l'appui, les recherches qu'ils auront faites sur un ou plusieurs points de thérapeutique. Dans la seconde, ils étudieront, séparément pour les Asiles publics et pour les Asiles privés, par quels moyens et au besoin par quels changements dans l'organisation de ces Asiles on pourrait faire une part plus large au traitement moral et individuel.

**PRIX DU BARON BARBIER.** — Anonymat facultatif. — Partage autorisé. 2.500 francs. (Annuel).

Ce prix sera décerné à l'auteur qui découvrira des moyens complets de guérison pour des maladies reconnues jusqu'à présent le plus souvent incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, la scrofule, le typhus, le choléra morbus, etc.

Des encouragements pourront être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué, s'en seront le plus rapprochés.

**PRIX CHARLES BOULLARD.** — Anonymat facultatif. — Partage interdit. 2.000 francs. (Biennal).

Ce prix sera décerné au médecin qui aura fait le meilleur ouvrage ou obtenu les meilleurs résultats de guérison sur les maladies mentales en arrêtant ou en atténuant leur marche terrible.

PRIX BOULONGNE. — Anonymat facultatif. — Partage interdit. 6.000 fr. (Biennal).

Ce prix sera décerné à l'auteur français du meilleur travail imprimé ou manuscrit paru pendant les deux années écoulées, ou de la découverte la plus importante faite sur la prophylaxie des maladies contagieuses en général et sur celle de la syphilis en particulier. Le travail sera précédé, autant que possible, d'une étude sur l'étiologie de ces affections.

PRIX ADRIEN BUISSON. — Anonymat facultatif. — Partage interdit. 12.000 francs. (Triennal).

Ce prix sera décerné à l'auteur des meilleures découvertes ayant pour résultat de guérir des maladies reconnues jusque-là incurables dans l'état actuel de la science.

PRIX CIVRIEUX. — Anonymat obligatoire. — Partage interdit. 1.000 francs (Annuel).

Question à poser sur le traitement et la guérison des maladies provenant de la surexcitation de la sensibilité nerveuse.

PRIX CLARENS. — Anonymat facultatif. — Partage interdit. 500 francs. (Annuel).

Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur l'hygiène.

PRIX DU XIII<sup>e</sup> CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE DE PARIS DE 1900 (Fondation Lannelongue). — Partage interdit. — 8.000 francs. (Triennal).

Ce prix sera décerné à un savant ou à un docteur en médecine méritant, faisant partie ou non de l'Académie, pour l'aider dans ses travaux et recherches dans le domaine des sciences médico-chirurgicales.

FONDATION DE M. ET MME DAY. — Deux titres de rente de 3.000 francs.

Un titre de rente de 3.000 francs sera attribué à la personne qui aura découvert un remède effectif et reconnu pour guérir la maladie de l'alcoolisme.

Un titre de rente de 3.000 francs sera attribué à la personne qui aura découvert un remède effectif et reconnu pour guérir la dipsomanie.

PRIX DESNOS. — Partage interdit. — 3.600 francs. (Triennal).

Ce prix sera décerné tous les trois ans à un docteur en médecine ou à un interne des Hôpitaux de Paris pour accomplir une mission scientifique à l'étranger.

PRIX DESPORTES. — Anonymat facultatif. — Partage autorisé. 1.500 fr. (Annuel).

Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur la thérapeutique médicale pratique et sur l'histoire naturelle pratique et thérapeutique.

PRIX ALFRED DUTENS. — Travaux imprimés. — Partage interdit. 10.000 fr. (Décennal).

Ce prix sera décerné tous les dix ans au meilleur ouvrage (livre ou



mémoire) paru dans ce laps de temps sur des questions relatives, sinon exclusivement, du moins principalement au cancer, à la tuberculose, au diabète, à l'albuminurie, à l'angine de poitrine, etc..., en un mot d'une manière générale à toute maladie considérée jusqu'alors comme incurable, soit tout au moins comme étant d'une guérison très rare et très difficile.

PRIX FALRET. — Anonymat obligatoire. — Partage interdit. 1.500 francs. (Biennal).

Question à poser sur les maladies mentales et nerveuses.

PRIX JACQUES GUERETIN. — Anonymat facultatif. — Partage autorisé. 1.500 francs. (Annuel).

Les mémoires présentés et les travaux récompensés ne devront s'appuyer que sur des observations puisées dans la clinique humaine, sans aucune espèce de vivisection ou aucune expérience sur les animaux.

PRIX DU D<sup>r</sup> PAUL GUILLAUMET. — Anonymat interdit. — Partage interdit. 1.500 francs. (Annuel).

Ce prix est destiné à récompenser le meilleur travail original relatif à l'hygiène de l'enfance.

PRIX CATHERINE HADOT (Epouse Barillier). — Partage autorisé. — 3.600 fr. (Annuel).

Ce prix sera décerné aux auteurs français ayant fait les meilleurs ouvrages sur les maladies ci-après et leurs traitement ou guérison, savoir : phtisie pulmonaire ou les autres tuberculoses, le cancer, *l'épilepsie*, le choléra.

PRIX THÉODORE HERPIN (de Genève). — Anonymat facultatif. — Partage interdit. 3.000 francs. (Annuel).

Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage sur l'épilepsie et les maladies nerveuses.

PRIX HENRI HUCHARD, de l'Académie de Médecine (Prix de dévouement médical en souvenir de sa fille Marcelle Huchard). Anonymat interdit. — Partage autorisé. 8.000 francs (Biennal).

Ce prix, qui pourra être partagé en deux ou trois parts, sera attribué à une personne ou des personnes de nationalité française, appartenant de préférence au corps médical (étudiants, médecins, chirurgiens, etc.), par exception à des personnes n'en faisant pas partie, s'étant distinguées par leur dévouement aux malades ou à la science médicale.

PRIX DU COMTE HUGO. — Anonymat facultatif. — Partage interdit. 1.000 francs. (Quinquennal).

Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur un point de l'histoire des sciences médicales.

PRIX ITARD. — Travaux imprimés. — Partage interdit. 2.400 francs. (Triennal).

Ce prix sera accordé à l'auteur du meilleur livre de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée.

Pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il est de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication.

PRIX DU BARON LARREY. — Anonymat facultatif. — Partage autorisé. 500 francs. (Annuel).

Ce prix, qui ne pourra être divisé que dans des cas exceptionnels, sera attribué à l'auteur du meilleur travail de statistique médicale. Dans le cas où, par exception, il ne pourrait être décerné, l'Académie serait autorisée à l'employer dans son intérêt.

FONDATION LAVAL. — Partage interdit. — 1.200 francs. (Annuel).

Les arrérages seront donnés comme récompense à l'élève en médecine qui se sera montré le plus méritant. Le choix de cet élève appartient à l'Académie de Médecine.

PRIX LEFÈVRE. — Anonymat obligatoire. — Partage interdit. 3.000 francs. (Triennal).

Ce prix sera décerné au meilleur ouvrage sur la mélancolie.

PRIX HENRI LORQUET. — Anonymat facultatif. — Partage interdit. 300 fr. (Annuel).

Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies mentales.

PRIX MAGNAN. — Anonymat obligatoire. — Partage interdit. 3.500 francs. (Triennal).

Ce prix sera décerné au meilleur travail sur une question de médecine mentale posée par l'Académie.

PRIX MÈGE. — Anonymat obligatoire. — Partage interdit. 1.500 francs. (Biennal).

Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage sur un sujet : 1° de physiologie expérimentale ; 2° d'anatomie pathologique, et ensuite à la volonté de l'Académie.

PRIX ORFILA. — Anonymat obligatoire. — Partage interdit. 3.000 francs. (Biennal).

Les questions choisies par l'Académie seront empruntées deux fois de suite à la toxicologie, puis la troisième fois à la médecine légale. Quand le prix n'aura pas été décerné, la question de toxicologie sera remise une seconde et, au besoin, une troisième fois au concours : dans ce dernier cas, la question de médecine légale sera supprimée.

Après 1901, l'Académie pourra remplacer les questions de médecine légale par d'autres empruntées à la physiologie, à l'anatomie pathologique, à la pathologie, la chirurgie ou l'obstétrique.

PRIX OTTERBOURG. — Partage interdit. — 1.000 francs. (Triennal).

Ce prix est décerné par l'Académie à un jeune confrère, déjà lauréat de l'Académie, en vue de lui permettre de passer quelque temps dans un établissement d'instruction clinique de l'étranger.

PRIX PANNETIER. — Anonymat facultatif. — Partage interdit. 4.000 francs. (Annuel).

Ce prix sera décerné chaque année à l'auteur d'une découverte en médecine ou en chirurgie ou à toute personne qui se sera distinguée dans l'application des découvertes récentes.

PRIX PERRON. — Anonymat facultatif. — Partage autorisé. 4.000 francs. (Quinquennal).

Ce prix sera décerné à l'auteur du mémoire le plus utile aux progrès de la médecine.

PRIX SABATIER. — Anonymat facultatif. — Partage interdit. 600 francs. (Biennal).

Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur n'importe quelle branche des sciences médicales.

PRIX SAINTOUR. — Anonymat facultatif. — Partage interdit. 5.000 francs. (Biennal).

Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur n'importe quelle branche de la médecine.

PRIX MARC SÉE. — Travaux imprimés. — Partage interdit. 1.200 francs. (Biennal).

Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail concernant l'anatomie et la physiologie de l'homme, publié dans les quatre dernières années et non récompensé antérieurement par l'Académie de Médecine ou par l'Institut.

PRIX TESTUT. — Anonymat interdit. — Partage autorisé. 1.500 francs. (Triennal).

Ce prix sera accordé tous les trois ans au meilleur travail d'anatomie humaine ou comparée, publié ou écrit dans les cinq années précédentes.

PRIX VAUTRIN-GEORGE. — Anonymat interdit. — Partage interdit. 1.000 fr. (Sexennal).

Les arrérages de cette donation serviront soit à décerner un prix, soit à attribuer une subvention (au choix de l'Académie), à l'auteur des meilleurs travaux de laboratoire portant sur la chimie médicale ou la thérapeutique expérimentale.

PRIX VERNOIS. — Anonymat facultatif. — Partage autorisé. 800 francs (Annuel).

Ce prix sera attribué au meilleur travail sur l'hygiène.

Note. — *Le montant des prix sera soumis au prélèvement de 10 % prévu par le décret-loi du 16 juillet 1935.*

---

*Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.*

---

# ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

---

## MÉMOIRES ORIGINAUX

---

### HALLUCINATIONS VISUELLES ET LÉSIONS DE L'APPAREIL VISUEL

PAR

J. LHERMITTE et J. DE AJURIAGUERRA

Ainsi qu'en témoigne une littérature abondante et sans cesse renaissante, le problème des hallucinations reste un de ceux qui appellent et retiennent l'attention des psychiatres et des neurologistes en raison des incertitudes dont il s'entoure et des mystères physiologiques et psychologiques que l'on voudrait percer.

Au seuil de ce travail, nous nous garderons de reprendre la discussion tant de fois entreprise de la définition de l'hallucination. En vérité, la bataille livrée entre les tenants de l'hallucination dite vraie et ceux des pseudo-hallucinations ou hallucinose, nous semble bien plus alimentée par des mots qui s'opposent que par des idées qui se contrarient. Avec Esquirol, nous estimons que tout homme qui a la conviction intime d'une sensation actuellement perçue, alors que nul objet extérieur propre à exciter cette sensation n'est à la portée de ses sens, est dans un état hallucinatoire. Et Esquirol ajoute « que, non seulement, chez l'halluciné, il n'y a pas d'objet extérieur agissant sur les sens, mais que parfois ceux-ci ne fonctionnent plus ».

Nous dirons, d'une manière plus générale, ou fonctionnent d'une manière défectueuse.

Ces lignes, dues à la plume du vieil aliéniste, montrent assez que nos devanciers avaient fort bien remarqué qu'une liaison pouvait réunir un processus psychologique complexe tel que celui qui est à la base de toute hallucination et une lésion organique affectant tel ou tel appareil sensoriel.

Le sujet que nous abordons n'est donc pas nouveau, mais s'il a été abordé depuis les origines de la Médecine mentale, on peut convenir que ce thème est loin d'avoir été complètement éclairci.

Les hallucinations auditives, et plus spécialement les hallucinations verbales, beaucoup plus souvent observées que les visuelles dans les services d'aliénés, puisqu'elles alimentent les délires et s'intriquent avec les pensées morbides, ont attiré la curiosité des psychiatres d'une manière beaucoup plus active que les visuelles ; et les travaux sur les rapports des hallucinations auditives avec les otopathies sont légion, à commencer par ceux que nous devons à Bechterew, Seglas, Regis, Jacques Richard.

Au contraire, les hallucinations visuelles dans leurs relations avec les lésions de l'appareil sensorio-moteur optique ont été, semble-t-il, quelque peu délaissées. Et c'est précisément cette raison qui nous a incités à reprendre le problème qui fait l'objet de cette étude.

\*  
\*\*

1° *Les hallucinations visuelles, qui apparaissent et se développent à la suite des paralysies des nerfs oculo-moteurs*, ne nous retiendront pas longtemps. Non que le complexe hallucinatoire manque d'intérêt, mais parce qu'il a été très étudié depuis quelque dix ans après la première étude de Lhermitte sur l'hallucinoïse d'origine pédonculaire, suivie des remarquables travaux de Van Bogaert, de Delbecq, de Garcin et Renard, d'Alajouanine et Gopcewitch, d'André Thomas et Rendu, de Popoff, de Schilder, et, récemment, de Morsier (1935).

D'autres observations montrent également combien peut être fréquente l'association d'une paralysie oculaire centrale avec l'hallucination visuelle. Nous en prendrons témoignage dans le fait rapporté par Laignel-Lavastine et P. Kahn, où l'on voit survenir, à la suite d'une commotion cérébrale avec paralysie oculaire, des phantasmes visuels sous la forme de diabolins et d'animaux minuscules, lesquels persistent pendant deux mois et demi, et les deux observations de J. Christophe et Schmite, qui



ont trait à des tumeurs d'origine temporale avec compression du pédoncule cérébral.

2° *Hallucinations associées à des lésions des éléments sensoriels cérébraux de l'appareil visuel.* — Toute altération du tractus visuel, lequel s'étend depuis la rétine jusqu'à la circonvolution calcarine, peut être accompagnée (nous n'écrivons pas suivie, car ce serait préjuger la pathogénie) d'hallucinations visuelles ; c'est dire qu'il nous faut prendre un aperçu de toutes les altérations dont le tractus optique peut être l'objet et rechercher si l'on peut découvrir une relation de cause à effet, entre la lésion optique et la perception sans objet. Le récepteur visuel périphérique, la rétine, se projetant sur la calcarine, ainsi que l'a montré Henschen, il pouvait sembler, à première vue, que les altérations de cette zone cérébrale dussent engendrer fréquemment, par retentissement sur la fonction, des phénomènes hallucinatoires. La thèse de Tamburini, si en honneur autrefois, prêtait à cette supposition. En réalité, il n'en est rien. Certes, les faits observés et les expériences poursuivies par Schroeder, Henschen, Loewenstein, Borchardt, Berger, Krause, Foerster, ont bien démontré que l'altération légère ou profonde des « aires striées » ou calcariniennes, peuvent engendrer le phantasme visuel, mais celui-ci demeure élémentaire, brut, pourrait-on dire. Ce que le patient saisit, ce ne sont pas des figures composées et vivantes, mais des sensations simples, des nuages, des fumées, des courbes capricieuses, des flammes. Nous l'avons directement observé sur une malade atteinte d'hydrocéphalie par tumeur, chez laquelle nous pratiquions régulièrement, et avec la plus grande facilité, une ponction ventriculaire. Un jour, la malade, aussitôt l'aiguille enfoncée dans l'hémisphère droit, s'écria : « Oh ! l'incendie, je vois du feu, des flammes. » Nous dégageâmes l'aiguille et nous dirigeâmes la pointe plus en dedans, l'hallucination avait déjà cessé.

Les processus néoplasiques, de l'avis de Cushing et de Horrax, sont beaucoup moins aptes que l'on aurait pu penser, à déclencher des hallucinations. Nous manquons de renseignements précis et suffisamment nombreux sur les traumatismes, ainsi que le remarquent Lereboullet et Mouzon à propos d'une observation personnelle, dans laquelle un projectile, situé en pleine zone calcarine gauche, avait entraîné l'apparition d'hallucinations figurées. C'était des images bizarres, des caricatures, des gens déguisés ou des choses qui n'ont pas de nom, parfois menaçantes, et qui déclenchaient des réactions de défense de la part du blessé.

Lorsque la lésion calcarinienne entraîne une cécité complète, cécité dont le sujet peut ne pas avoir connaissance, ainsi que l'a démontré, le premier, Redlich et ainsi que l'un de nous (Lhermitte), l'a observé avec Nicolas, les hallucinations peuvent éclore, vives, variées et quasi-ininterrompues. Le déroulement des images hallucinatoires peut être tel que le malade donne l'impression de vivre dans un monde imaginaire plein de fantaisie et d'imprévu. Mais, dans les faits de ce genre, les lésions ne se limitent pas à l'aire visuelle (*area striata*) et envahissent les zones adjacentes où s'élaborent des processus moins élémentaires. Et l'on comprend que O. Foerster ait soutenu que, lorsque des hallucinations visuelles figurées survenaient à la suite des lésions portant sur la région occipitale, on était en droit de penser à l'extension des processus morbides aux circonvolutions adjacentes à l'aire striée.

La cécité corticale n'implique pas la destruction anatomique complète de la sphère visuelle ; dans les cas de Lhermitte et Nicolas, par exemple, il s'agissait de lésions d'Alzheimer très profondes, mais non pas absolument destructives, et l'on peut se demander ce qu'il advient lorsque l'aire striée a disparu.

Selon Henschen et Eskuchen, la destruction complète de l'aire striée n'est pas compatible avec la production d'hallucinations. Niessl V. Mayendorff incline dans le même sens et pense que le processus du ramollissement, excitant la zone visuelle avant de la supprimer, crée une phase hallucinatoire préparatrice de la période de l'amaurose muette. Cette interprétation ne saurait être admise, même après les plus formelles réserves, puisque nous ignorons si un processus morbide est capable de réaliser l'excitation d'une fonction (Triantaphyllos).

Nous rappellerons pour mémoire seulement les hallucinations qui se déroulent dans le champ hémianopsique ou dans le champ visuel conservé dans les cas de lésions portant sur une moitié du tractus visuel rétro-schiasmatique. Lamy, Seguin, Henschen, Bidou, Vorster, Feren, Higier, Paul Camus en ont rapporté de très démonstratives observations, mais la statistique d'Eskuchen apparaît, de toutes, la plus impressionnante puisqu'elle ne comprend pas moins de 47 cas, dont 21 avec consécration anatomique.

Une des modalités les plus dignes de retenir l'attention des neurologistes est, sans contredit, l'hallucination liée aux tumeurs du lobe temporal, lesquelles ont fait l'objet de remarquables travaux de la part de H. Jackson, H. Cushing, de Horrax, de Baruk et dont de beaux exemples ont été rapportés par de Mar-

tel, C. Vincent, Hartmann, Oppenheim, F. Krause, F. Kennedy. Souvent, l'hallucination surgit dans le champ hémianopique, mais cette éventualité n'est pas obligée. Ce qui semble devoir être retenu, c'est que les hallucinations d'origine temporelle peuvent reproduire toutes les variétés de phantasmes, de phantopsies (Truc), depuis les plus élémentaires, telles que les images de fumées, jusqu'aux plus complexes, qui s'étagent depuis les figures d'animaux ou de personnages humains, jusqu'aux scènes animées qui groupent de nombreux figurants. Il semble également que, assez fréquemment, l'évolution du processus néoplasique commande un développement temporel particulier de l'hallucinose, car ce n'est qu'après une période traversée de simples photopsies qu'apparaissent les hallucinations figurées. Fait curieux, observé par Van Bogaert, les images hallucinatoires peuvent être cinématographiques, sans épaisseur, et même transparentes. Van Bogaert a fait également cette remarque que, à l'exemple de l'imagerie du rêve, les phantopsies temporelles surgissent et s'évanouissent avec rapidité ou se succèdent sans nulle cohérence, de même que dans l'état onirique. Ici encore, l'hallucination visuelle peut être identifiée et reconnue comme telle ou duper le sujet en lui offrant tous les caractères de la réalité la moins discutable.

En dehors des néoplasies, il est peu de processus qui, localisés au lobe temporal, sont susceptibles de créer l'état hallucinatoire. Aussi sommes-nous embarrassés pour classer l'intéressant fait publié par Janbon et Viallefont. Celui-ci a trait à une malade âgée de 70 ans, hypertendue moyenne, chez laquelle se produisent des crises paroxystiques caractérisées par des vertiges, des troubles d'ordre aphasique et visuel. Dans la moitié gauche du champ visuel, surgissent des bouquets de fleurs, des roses vertes, bleues ou jaunes qui disparaissent en glissant vers la droite et dont la patiente n'est jamais la dupe.

Les auteurs admettent, à l'origine de ces phantasmes, un spasme de l'artère sylvienne, mais ne font pas état des altérations oculaires qui se présentaient sous forme d'un leucome paracentral de l'œil droit, de légères opacités cristalliniennes à gauche, et d'un œdème de la papille associé à la gracilité des artères rétiniennes.

3° *Hallucinations apparaissant au cours de l'évolution d'une lésion du bulbe oculaire.* — La possibilité de l'existence de lésions strictement oculaires à l'origine des hallucinations visuelles dont témoigne l'observation précédente, nous introduit directement

dans un problème des plus discutés de la Neuropsychiatrie, celui des relations hypothétiques des modifications des photo-récepteurs avec les phantopsies. Pour avoir été fort anciennement posée, cette question n'en demeure pas moins très actuelle.

Parmi les travaux les plus importants de nos devanciers, celui d'Uthoff se place au premier rang. A propos de 3 observations de choroïdite centrale et de 2 cas d'ophtalmie sympathique où la lésion oculaire s'accompagnait de visions colorées d'objets ou de personnages vivants, Uthoff se demande quelles peuvent être les relations pathogéniques, si tant est qu'il y en ait, qui réunissent le désordre psychologique et l'altération oculaire et arrive à considérer cette dernière comme l'origine des phantopsies. Schroeder, au cours de la discussion dont la communication d'Uthoff fut l'objet, semble aboutir à la même conclusion à propos des hallucinations qui accompagnent la cataracte.

En 1922, Morax reprit l'étude de ce problème et apporta plusieurs faits bien dignes de retenir l'intérêt. Le premier a trait à un vieillard de 84 ans atteint de cataracte de l'œil droit et d'opacités cristalliniennes de l'œil gauche, chez lequel survinrent des altérations rétiniennes d'origine vasculaire. Or, ce malade était hanté par des visions de figures féminines, groupées en longues théories et dont l'ajustement et la coiffure rappelaient ceux du XVIII<sup>e</sup> siècle. Parfois, surgissaient des figures grotesques, qui tirant la langue, qui découvrant de grandes dents. Des troncs d'arbres irréels se mêlaient au décor de la réalité et parfois l'image hallucinatoire se superposait à un objet réel. Le déroulement de ces phantopsies ne provoquait généralement aucun sentiment pénible, cependant, s'il s'intensifiait, le patient en arrivait à se demander s'il ne devenait pas fou.

Un autre malade, observé par Morax et atteint de glaucome chronique, voit défiler des cortèges de femmes à l'accoutrement bizarre, ornées de perles et de brillants ; or, lorsque surgissent les phantopsies, la vision centrale s'éteint.

De ces premiers faits, nous pouvons rapprocher le cas assez singulier du naturaliste Savigny, dont nous possédons une auto-analyse précieuse :

« Le 4 août 1817, écrit Savigny, je fus pris d'une affection curieuse de la vue, laquelle m'obligea de cesser mes études. Cette maladie me rendait incapable de supporter la lumière, et, dans l'obscurité toujours plus profonde où elle me forçait de me tenir, elle faisait briller une foule d'images vivement colorées dont les émissions me fatiguaient et m'obsédaient. Je citerai, parmi ces visions, d'innombrables faces humaines, toutes égale-



ment expressives, prenant je ne sais quel air et fixant sur moi des regards inflexibles. »

Pendant toute sa vie, Savigny critiqua ses hallucinations, jamais il ne devint aveugle, et mourut en 1851, date de la découverte de l'ophtalmoscope.

Chez un borgne de 75 ans, atteint de leucome et de glaucome de l'œil restant, Truc relevait, à l'exemple de Morax, de Uthoff et de Schroeder, des phantopsies variées, de même que chez une femme âgée de 42 ans, affectée d'atrophie optique bilatérale. Dans ce fait, les hallucinations survenaient par crises et prenaient le type des hallucinations liliputiennes.

Dans l'atrophie optique des tabétisants, la survenance inopinée d'hallucinations est loin d'être une exceptionnelle rareté. Récemment, nous en avons pu voir un exemple. Il s'agit d'un ancien tabétique, âgé de 55 ans, frappé de cécité par atrophie papillaire complète, lequel, à certains moments de la journée, surtout quand il est assis et inoccupé, voit apparaître des paysages, un village, une église blanche avec son clocher ; jamais ces visions ne sont prises pour la réalité et, en aucun cas, ne lui donnent l'illusion de recouvrer la vue.

H. Claude, H. Baruk et P. Vervaeck rapportent, en 1927, une observation très suggestive en ce qu'elle nous montre l'évolution simultanée et parallèle d'une atteinte oculaire et des paroxysmes hallucinatoires. Il s'agit d'un professeur âgé de 48 ans, chez lequel se développa une kératite hérédo-spécifique avec baisse considérable de l'acuité visuelle. Or, dans le même temps que s'établissait l'amblyopie, apparurent des phantopsies curieuses. C'étaient, dit le malade, des têtes de messieurs surmontant un faux-col et encadrées, des paysages colorés d'abord en rouge, puis en bleu ; ces phantasmes se projettent sur les murs, suivent les mouvements des yeux et leurs dimensions varient avec leur éloignement apparent. Toutes ces visions sont agréables à regarder et le malade s'étonne d'en être l'objet, car « il n'est pas doté d'un œil de peintre ».

D'autre part, il semble que certaines conditions d'éclairage, la contemplation d'objets brillants, favorisent l'apparition de ces visions dont le malade n'est pas dupe, mais qu'il croit subir passivement.

Dans un cas de décollement de la rétine, chez une femme myope âgée de 52 ans, Targowla et Picard ont observé également la survenance d'hallucinations, sous la forme d'abord de points noirs, plats, puis d'ombres humaines cramponnées à son lit, enfin d'oiseaux, de chauves-souris, parfois de chapelles funéraires, de



tombes, de croix. Ces hallucinations s'évanouissaient après l'occlusion des paupières.

Dans un travail plus récent, A. Terson a rapporté six observations personnelles et repris l'étude pathogénique des faits que nous visons.

*1<sup>er</sup> cas.* — Malade éthylo-tabagique avec scotome amblyopique toxique, sujet aux cauchemars terrifiants. Le matin, il aperçoit des bonshommes qui, habillés de couleurs éclatantes, portent divers ustensiles de cuisine et se pourchassent sur les murs et jusque sous son lit.

*2<sup>e</sup> cas.* — Vieillard de 89 ans, porteur d'une cataracte zonulaire bilatérale, jamais complétée, atteint de broncho-pneumonie ; le matin, quelques jours avant son agonie, voit une ronde joyeuse de catherinettes s'abattre sur sa couche et sur les meubles. C'était le lendemain de la Ste-Catherine dont les journaux avaient parlé.

*3<sup>e</sup> cas.* — Malade hérédo-spécifique atteinte de chorio-rétinite. Vision de poupées agaçantes « coloriées et indéfinissables », de fleurs, d'une tête de vieille femme. Ces hallucinations furent remplacées par des rêves extraordinaires.

*4<sup>e</sup> cas.* — Malade atteinte de syphilis nerveuse. Injections d'acétylarsan. Dès le soir du jour de la 3<sup>e</sup> injection, choc intense, la malade devient soudainement aveugle, tandis que s'installent une atrophie optique et, peu à peu, un état hallucinosique permanent. Les visions consistent en personnages lilliputiens, des petits violonistes, de petites nourrices.

*5<sup>e</sup> cas.* — Malade ayant été atteint de décollement rétinien. Les hallucinations continues, élémentaires (lumière, fusées colorées) ou figurées, sont tellement obsédantes que le malade vient à Paris pour demander au chirurgien de pratiquer l'énucléation des deux yeux, origine, croit-il, de ses visions.

*6<sup>e</sup> cas.* — Vieillard de 80 ans, atteint de cataracte et présentant de la diplopie, il voit défiler inopinément des sénateurs, des parents ou croit assister à une cérémonie hindoue.

Depuis plusieurs années, nous avons recueilli diverses observations d'hallucinoses chez les ophtalmopathes et certaines d'entre elles nous semblent éclairer le mécanisme si mystérieux des phantopsies.

*1<sup>re</sup> OBSERVATION.* — *Mme Mah.*, 74 ans, admise en novembre 1929 à l'Hospice Paul-Brousse pour sénilité.

L'examen révèle l'existence d'un tremblement rythmé du type

parkinsonien du membre supérieur droit, siège de douleurs articulaires. Aucun signe neurologique ni viscéral. Urines sans sucre ni albumine.

EXAMEN OPHTALMOLOGIQUE (D<sup>r</sup> Bollack). — Pupilles égales, larges. Motilité du globe et sensibilité normales. Opacités cristalliniennes centrales à droite, à gauche l'amaurose semble complète par cataracte.

Champ visuel. Hémianopsie nasale gauche, scotome central absolu.

Fond d'œil Droit: dégénération maculaire du type sénile ; gauche: lésions maculaires : exagération des battements artériels.

*Le 15 janvier 1933.* Entre à l'infirmerie pour une broncho-pneumonie avec adynamie. L'examen neurologique montre l'intégrité des réflexes tendineux, l'existence d'une extension bilatérale des orteils. La sensibilité est normale sur tout le tégument. Aucune incoordination motrice.

Réflexes pupillaires conservés.

*Mai 1933.* Depuis un mois elle aperçoit des animaux noirs, des taupes « quand la nuit est claire ». Si, pendant la nuit, l'obscurité est profonde, elle ne les voit point. Ces animaux courent sur le lit mais la malade reconnaît qu'il s'agit « d'illusions » et pense que ces visions sont en rapport avec des troubles de la vue. Parfois les taupes sont remplacées par des mouches noires.

Ces visions ne sont pas limitées à un secteur quelconque du champ visuel et se meuvent dans tous les sens.

*Octobre 1933.* La malade raconte que depuis quelque temps elle éprouve souvent l'envie de dormir ; même en marchant elle s'endort, dit-elle, et se met à rêver. Ainsi, dit-elle, je suis venue dans un rêve de la porte de l'hospice jusqu'à l'infirmerie (150 mètres).

Après le déjeuner, elle s'endort sur sa chaise tandis que la nuit le sommeil est assez fréquemment troublé. La malade nous dit avoir présenté dans l'enfance des accès de somnambulisme.

*Novembre 1934.* Les hallucinations ne se reproduisent plus, le sommeil est redevenu normal.

*Août 1935.* Vient consulter pour des algies dans le côté droit ressemblant à des brûlures. La sensibilité objective est normale. On constate du côté gauche un signe de Babinski. De plus, la malade accuse une diplopie intermittente. Cependant on ne retrouve aucune paralysie oculaire.

2<sup>e</sup> OBSERVATION. — *Mme Br...*, âgée de 73 ans, entre à l'Hospice Paul-Brousse pour une hémiplegie datant de 15 ans. En dehors de cette infirmité, jamais cette patiente n'a été gênée dans son activité, elle ne se souvient d'aucune maladie sérieuse qui l'ait frappée.

Deux fois mariée, deux enfants sont nés de son premier mariage : l'un d'eux succomba peu après sa naissance.

*En novembre 1934,* on constate chez cette malade le reliquat d'une hémiplegie gauche caractérisée par une hypotonie de l'hémiface gau-

che, une légère parésie du membre supérieur et une immobilisation en extension du membre inférieur gauche aggravée par des rétractions musculo-tendineuses et une demi-ankylose du genou secondaire à une arthrite ancienne.

Du côté droit, les mouvements spontanés sont beaucoup plus libres, au moins pour le membre supérieur, car la jambe est déformée par la contracture en extension du pied fixée par un certain degré de rétraction tendineuse.

La station et la marche sont complètement impossibles.

Les réflexes tendineux sont impossibles à mettre en évidence au membre inférieur gauche du fait des lésions musculo-tendineuses et articulaires, aux membres supérieurs les réflexes existent, à peu près normaux.

Le réflexe plantaire s'effectue en flexion, mais il faut observer que la rétraction tendineuse des fléchisseurs des orteils déforme considérablement le pied.

Sur la face tous les mouvements expressifs sont correctement exécutés ; la langue est tirée correctement.

La sensibilité subjective est affectée et la malade déclare souffrir constamment de la jambe gauche. Cependant, objectivement, on ne constate aucun trouble grossier des sensibilités superficielles et profondes : le tact, le chaud, le froid, la piqure, les vibrations du diapason sont perçues.

Pas de chorée ni d'ataxie dans les mouvements commandés ou spontanés.

Aucun trouble trophique (en dehors d'une ulcération torpide de la jambe gauche) ni aucun désordre des sphincters.

Le psychisme apparaît un peu affaibli et en voie de déchéance sénile ; ainsi la mémoire se perd, la malade ne peut préciser les dates de la dernière guerre ; l'orientation spatiale n'est pas parfaite, elle se croit à la Salpêtrière alors qu'elle est à Villejuif, mais néanmoins le jugement, le raisonnement ne sont pas troublés et l'on peut converser avec la malade sans difficulté. Les réponses sont adéquates aux questions. La malade n'est pas illettrée.

Nous nous sommes assurés qu'il n'existait aucun symptôme d'ordre agnosique, apraxique ou aphasique.

Peu de jours après son admission à l'Hospice Paul-Brousse, la malade s'est plainte d'être visitée par certains personnages qui l'ennuyaient par leur insistance. Auparavant, elle avait été pendant la nuit la proie de cauchemars ou de rêves prolongés, mais jamais elle n'avait été affectée par des phénomènes semblables.

Bientôt, ce sont deux chiens noirs qui apparaissent et se couchent sous le lit après que la malade les a aperçus. Ces visions se manifestent à la tombée du jour ou, mieux encore, dans l'obscurité. La malade déclare : « les chiens se couchent quand je les aperçois ».

Un peu plus tard, ce fut un couple formé par un jeune homme et une jeune fille qui se montraient à la fenêtre. La fille est habillée de

blanc et porte un petit bonnet blanc sur lequel tranche un beau ruban bleu.

Le jeune homme est tout en noir. Il lui semble que la jeune fille est jolie, mais jamais elle n'a pu apercevoir la physionomie du jeune homme. Ces figures s'effacent devant une illumination trop crue.

La malade est persuadée de la réalité objective de ces apparitions étranges et s'efforce par des gestes de la main ou en détournant son visage de les éviter. Parfois elle se demande si elles ne sont pas des représentations diaboliques.

La malade s'inquiète spécialement du couple juché sur la fenêtre et se demande s'il ne lui jette point quelque chose qui brûle ; la jeune fille qu'elle appelle « la petite friponne » veut lui arracher les cheveux. Parfois, celle-ci s'assied sur son oreiller et cela l'ennuie ; la fille « lui frotte les yeux ».

La malade s'irrite un peu en décrivant ses visions et ajoute : « je ne suis pourtant pas folle ».

Devant cet état hallucinosique, l'on changea la malade de lit afin de dissiper les visions obsédantes, mais ce fut peine perdue ; les hallucinations persistèrent comme auparavant. La petite fripouille veut toujours lui brûler les yeux et lui tire les cheveux, « elle me fait trembler comme une feuille », ajoute-t-elle. Le jeune homme devient méchant avec elle et lui dérobe pendant la nuit son mouchoir ; si cela continue, dit-elle, je m'en irai. Où ? Dans la rue.

L'examen des viscères ne montre rien d'anormal.

Quant à l'examen ophtalmologique pratiqué par le Dr Bollack, voici les résultats :

Réflexes pupillaires normaux.

Aucune paralysie oculaire.

Fond d'œil normal pour le côté gauche, impossible à voir du côté droit à cause d'une cataracte très opaque.

L'acuité visuelle est normale à droite ; à gauche, les mouvements de la main sont perçus.

L'état de la malade ne se modifia en rien jusqu'à la mort qui survint le 25 mai 1935, à la suite d'une insuffisance cardiaque compliquant une broncho-pneumonie.

*Autopsie.* — Athérosclérose diffuse très accusée, dilatation des cavités ventriculaires cardiaques, sclérose rénale. Hémorragie récente de la couche optique droite.

3<sup>e</sup> OBSERVATION. — *Mme Van Hoeve*, couturière, adressée à l'Hospice Paul-Brousse en raison d'un très grand affaiblissement de la vue lequel remontait à de longues années, par atrophie papillaire. En 1888, l'amblyopie était déjà très importante ; elle s'est mariée alors qu'elle était presque aveugle. En réalité, la malade peut distinguer les formes mais est incapable de se représenter les couleurs. Ainsi elle ne peut évoquer la couleur des cheveux de son mari qui était blond, ils

lui apparaissent noirs. D'ailleurs toutes les images visuelles lui apparaissent en noir, même les feuilles des arbres.

Aucun signe objectif en rapport avec une altération du système nerveux. Urines sans sucre ni albumine.

*Le 16 octobre 1929*, la malade éprouve des douleurs dans le bras gauche accompagnées d'une maladresse de ce membre, ce qui la gêne pour coudre. Tous les réflexes sont normaux. La tension artérielle s'élève à 20-11 au Vaquez. L'azotémie atteint 0 gr. 59. On prescrit des injections d'acécholine.

*Le 30 mai 1931*, il y a huit jours, la malade au réveil éprouve un engourdissement de la main, de la face et de la langue du côté gauche. La jambe demeure normale.

Actuellement, on constate une diminution de la force musculaire des deux côtés, sans incoordination motrice.

Tous les réflexes superficiels et profonds sont conservés. La sensibilité objective est normale à tous les modes. Stéréognosie normale, de même que la topognosie.

*Le 15 juin 1931*, la malade déclare que le bras droit devient engourdi comme le gauche.

*Le 21 octobre 1932*, la malade nous raconte que depuis quelque temps elle voit apparaître des petits bonshommes tout noirs défiler devant elle. Ils ne la regardent pas et n'ont pas l'air de vouloir lui faire du mal.

Pas de désorientation ni dans le temps ni dans l'espace. Calcule bien. Enumère correctement les mois de l'année. Lorsqu'elle mange sa soupe, elle voit également des petits chiens, ils semblent aussi réels que les chiens vivants. Elle cherche à les toucher mais sa main retombe dans le vide ; elle a peur et les chiens disparaissent.

Parfois elle est visitée par trois bonshommes noirs qui sont pendus à la cloison de sa chambre ; ils viennent et s'en vont, « semblent gros et beaux ».

*Le 24 octobre 1932*, l'état mental est complètement modifié, la patiente ne peut dire son âge exact ni même son nom. La désorientation temporelle et spatiale est complète. Paraphasie. Persévération verbale.

Où sommes-nous ? — R. : Van Hoeve. — Quel âge avez-vous ? — R. : Van Hoeve. — Quel jour sommes-nous ? — R. : Van Hoeve.

Cependant la malade exécute bien les ordres simples mais avec lenteur ; elle distingue la main droite d'avec la main gauche, elle peut réaliser des opérations simples.  $2 + 2 = 4$ .  $4 + 4 = 8$ . Les mots d'épreuve sont correctement répétés.

Spontanément la malade déclare qu'elle voit tout près d'elle des petits chiens blancs et des hommes noirs, surtout à la fin de la journée. Les chiens vont même jusqu'à gratter la couverture du lit, lorsqu'elle veut les toucher ils disparaissent.

L'examen objectif ne montre aucune paralysie ; pas de signe de



la préhension. Signe de Mayer et de Leri négatifs. Réflexes tendineux légèrement plus vifs du côté gauche.

Pas de troubles appréciables de la sensibilité.

*Le 28 octobre 1932*, amélioration nette de l'état mental, moins désorientée. Parole mal articulée un peu semblable à celle d'un pseudo-bulbaire. Images visuelles difficiles à évoquer ; ne peut se représenter les couleurs du drapeau national.

Acinésie, absence d'initiative. On est obligé de faire manger la malade.

*24 novembre 1932*. Affaiblissement des facultés. Désorientation dans le temps et l'espace. Ne peut dire ni l'année ni le mois, ne retrouve plus son nom.

Troubles importants du langage : dysarthrie, paraphasie.

Comprend assez bien les ordres simples, très mal les ordres compliqués. Distingue bien le côté droit d'avec le côté gauche.

Pleurer et rire immotivés pendant l'interrogatoire.

La reconnaissance des objets est conservée, cependant, de temps en temps, la malade ne peut évoquer le mot correspondant à l'objet palpé. Ainsi elle dit pour une bague, anse, de même que pour un dé, un bouton. Persévération verbale.

Calcul mental simple conservé, multiplication impossible, de même que la soustraction. Pas d'aphasie sensorielle.

Persistance des hallucinations visuelles avec leurs mêmes caractères. Grande émotivité.

EXAMEN NEUROLOGIQUE. — Pas de paralysie mais diminution de la force musculaire aux quatre membres. Tonus normal. Démarche à petits pas. Réflexes tendineux normaux aux quatre membres. Réflexe de la moue positif. Réflexes cutanés normaux, pas de signe de Babinski, mais extension du gros orteil droit par excitation de la plante du pied gauche.

Pas de réflexes de défense. Sensibilité objective normale à tous les modes. Pas de troubles de nature cérébelleuse. Pas de troubles des sphincters. Pas de dysphagie ni de salivation exagérée.

Etat général excellent. Pas de symptômes en rapport avec des modifications viscérales. Tension artérielle 23-12. Cœur normal.

La malade succomba le 19 juin 1933 à un œdème pulmonaire lié à une insuffisance cardiaque.

A l'autopsie : néphrosclérose, athérosclérose, dilatation des cavités cardiaques. Système nerveux : foyer malacique récent du *cuneus* gauche ; atrophie ancienne scléreuse avec rétraction de la couche optique gauche, compression du nerf optique droit par la carotide athéromateuse.

EXAMEN HISTOLOGIQUE. — Le foyer thalamique gauche est constitué par des cavités dans lesquelles serpentent des vaisseaux, des tractus névrogliques, un grand nombre de corps granuleux contenant du pigment ferrique et d'autre part par un tissu névroglique dans lequel

serpente un lacis vasculaire très serré, aux parois hyalines et imprégnées en bleu profond par la réaction de bleu de Berlin. Par endroits des travées fortes de collagène se pressent les unes contre les autres, toutes colorées en bleu par la réaction ferrique (fig. 1).

Dans ce tissu névroglie et collagène, on rencontre également d'innombrables granulations pigmentées, brun foncé, lesquelles ne prennent pas la réaction du fer.

Par la méthode de l'hématoxyline-éosine on constate que le foyer



FIG. 1. — Foyer malacique ancien du thalamus; état grillagé du tissu nerveux, nombreux corps granuleux, néoformation vasculaire.

se présente sous la forme d'une fissure profonde et large, constituée par du tissu collagène et névroglie; les bords sont surtout collagènes et la partie centrale névroglie, mais ce tissu change et tantôt la névroglie est plus abondante, tantôt le collagène (fig. 2). Dans ce tissu collagène et névroglie s'accumulent de nombreux corps granuleux chargés de pigments ferriques colorés en jaune foncé. Dans certaines parties le collagène est peu important, mais la névroglie est extrêmement dense, à tel point qu'elle forme une véritable paroi qui emmure le foyer. Dans ce foyer on constate certains vaisseaux avec thrombose ancienne et dont la paroi est feuilletée, hyaline, sans aucun noyau. De ce foyer fument des prolongements de même structure (fig. 3).

Dans certaines régions on aperçoit des vaisseaux aux parois assez

minces et bourrés d'hématies normales. La circulation donc, dans ce foyer, n'est pas à tous les points intéressée. Autour du foyer les vaisseaux se présentent avec des parois feuilletées, parfois divisées par des foyers aréolaires chargés de cristaux de cholestérine. Certains de ces vaisseaux sont perméables, d'autres oblitérés par un ancien thrombus. Enfin, autour d'un grand nombre de vaisseaux, on aperçoit une couronne très dense, parfois épaisse, de cellules lymphocytiques.

Dans la région des noyaux centraux qui correspond à la partie du

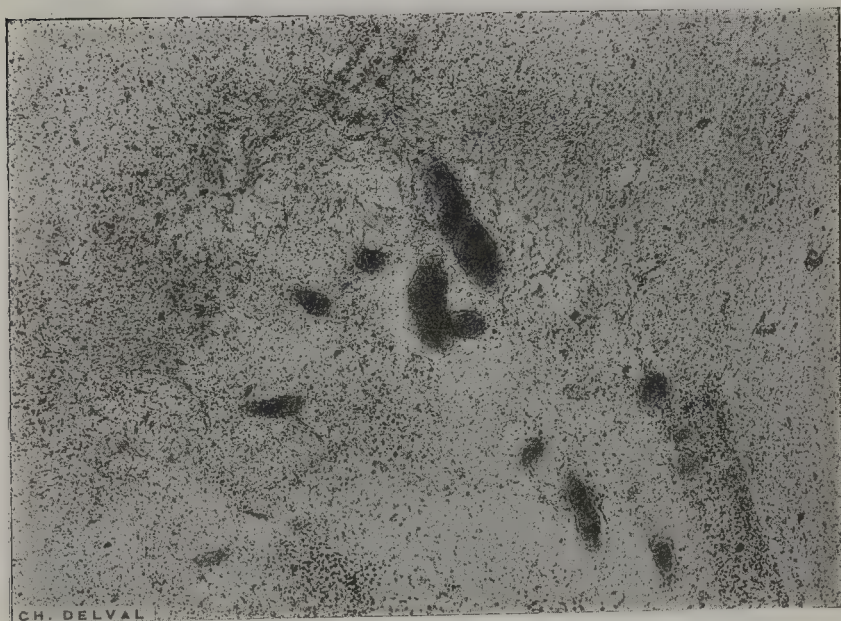


FIG. 2. — Foyer ancien de ramollissement dans le thalamus ; revascularisation de la zone malacique.

tiers inférieur du noyau lenticulaire où l'on voit le faisceau de Vicq d'Azir (fig. 4), la commissure postérieure, la commissure grise antérieure et la commissure blanche, on constate un foyer apoplectique en forme de fissure élargie à son extrémité postéro-externe, comblée de corps granuleux pigmentaires. Ce foyer, situé en pleine couche optique, détruit le noyau interne, le noyau médian, une partie du faisceau strio-thalamique. Il ménage le noyau postéro-externe, atteint le noyau externe à la partie toute antérieure. La commissure postérieure est dégénérée, on voit cependant le ganglion de l'habenula.

Dans la capsule interne parfaitement conservée, on aperçoit une mince fissure dégénérée, exactement dans la partie médiane. Les



fibres du ruban de Reil qui s'accumulent à la partie postérieure du pulvinar sont conservées. Dans le noyau lenticulaire les vaisseaux sont extrêmement épais. Par endroits le tissu est raréfié avec un semis, autour des vaisseaux thrombosés, de corps granuleux pigmentaires. Aspect très criblé sur une partie de l'étendue.

Noyau lenticulaire normal.

Dans la capsule interne les vaisseaux sont scléreux et aux parois extrêmement épaisses. Le faisceau de Meynert est conservé.

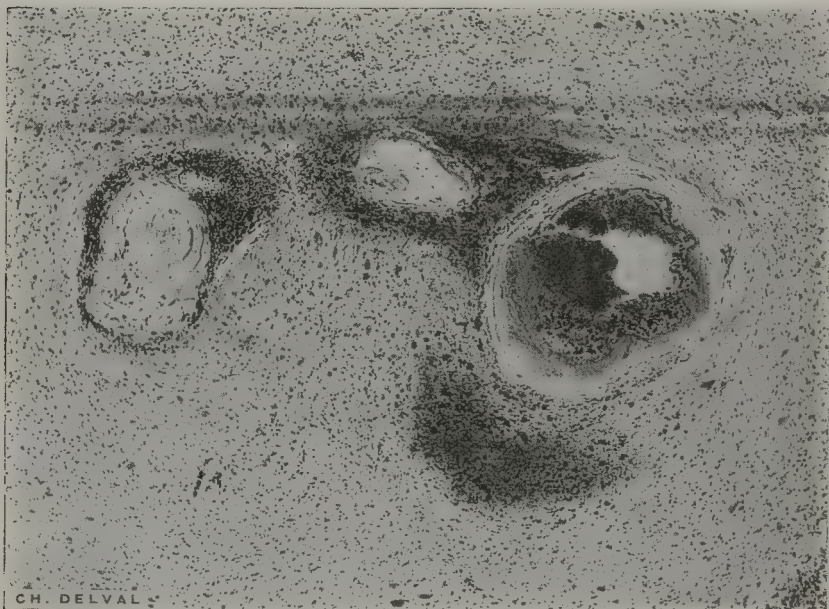


Fig. 3. — Altérations des vaisseaux du thalamus ; sclérose hypertrophique des parois avec infiltration de lymphocytes.

Dans les coupes plus bas situées le foyer se réduit beaucoup, devient plus mince, le prolongement intérieur du foyer disparaît. Le noyau externe est conservé ainsi que le faisceau de Vicq d'Azir, mais tout le noyau médian est dégénéré. Le noyau postérieur est conservé. Pas de dégénération dans les noyaux lenticulaire et caudé. Dans la partie postérieures du thalamus, quelques criblures (fig. 5).

Plus haut, le foyer se réduit également et porte sur la partie uniquement interne du thalamus en regard de la commissure postérieure.

Toute la partie antérieure du thalamus est libre de même que le noyau postéro-externe. La fissure dégénérée de la capsule continue en regard dans le noyau lenticulaire ; segment putaminal, une lacune de désintégration (fig. 6).

Démyélinisation partielle et diffuse du g. pallidus.

Plus haut encore, le foyer devient de plus en plus médian, il est toujours constitué de la même façon, seulement en arrière de lui apparaissent des petits foyers constitués par des hémorragies fraîchement constituées. A la partie supérieure du thalamus le foyer se réduit encore et n'est plus marqué que par une trame claire.

Dans la protubérance un foyer de ramollissement apparaît à la partie dorsale du pied entamant le huitième interne du ruban de Reil. La calotte elle-même n'est pas intéressée.

Dans la partie haute de la protubérance le foyer disparaît complètement ; les faisceaux longitudino-postérieurs sont conservés, les



FIG. 4. — Double foyer hémorragique dans la couche optique, dégénération de la partie caudale du noyau lenticulaire et dégénération linéaire du bras postérieur de la capsule interne (Loyez).

pédoncules cérébelleux supérieurs sont normaux, le pied de la protubérance est normal, ceci même à l'origine du pédoncule cérébral.

*Bulbe rachidien.* — Olives bulbaires, noyau de l'hypoglosse et plancher du ventricule, normaux. Olives normales, mais dans la parolive interne, d'un côté, petits foyers de ramollissement intéressant la voie interoliveaire ou sensitive centrale. A la partie dorsale des pyramides, petit foyer de ramollissement, de démyélinisation.

Les coupes de l'œil ne montrent pas de lésions inflammatoires. La gaine du nerf optique est certainement épaissie ; nous parlons ici de la gaine piemérienne ; pas de démyélinisation du nerf. Sclérose fasciculaire. Sur coupes transversales, quelques fibres semblent plus clairsemées dans quelques faisceaux périphériques, mais il n'existe aucune dégénération totale du nerf.

Par la méthode de Bielschowsky, sur coupes à la celloïdine, les cylindre-axes restants se colorent assez bien et ne présentent pas de



lésions, mais ils sont moins nombreux que dans un nerf optique normal.

*Moelle épinière, collet du bulbe*, decussation pyramidale. Etat clair dans le faisceau de Goll, pas de dégénérescence des faisceaux pyramidaux.

4<sup>e</sup> OBSERVATION. — *Mme Nicolas*, 78 ans, entre à l'Hospice Paul-Brousse le 20 février 1933 pour sénilité.

L'examen montre que les fonctions du système nerveux sont normales, le cœur est rapide, le 2<sup>e</sup> bruit clangoreux. La tension artérielle atteint 22-1/2-10 au Vaguez.



Fig. 5. — Foyer hémorragique linéaire dans la couche optique fusant dans la commissure postérieure ; dégénération du noyau interne et strié linéaire de dégénérescence dans la capsule interne (Loyez).

Le 2 juillet 1933, la malade est admise à l'infirmerie pour défaillance cardiaque caractérisée par une tachyarythmie continue, un œdème des membres inférieurs, une stase pulmonaire bilatérale. La tension artérielle est de 19-13. Au point de vue neurologique, on note seulement une tendance à l'extension de l'orteil.

Spontanément, la malade nous raconte que depuis qu'elle est souffrante, elle voit défilier près de son lit cavaliers, artilleurs, cuirassiers ; elle assiste à un merveilleux bal masqué ; parfois surgissent des figures étranges, déformées, une femme grimace et lui montre ses dents. De temps en temps, ce sont des volatiles qui apparaissent. Tous ces êtres animés d'une vie active se remuent et glissent ou galopent dans la ruelle de son lit. La malade n'est pas dupe de ces visions qu'elle critique parfaitement. Celles-ci ont débuté précisément au moment où sa vision a commencé de baisser.

Le lendemain, les phantopsies ont été des petits serins jaunes, des petits chiens, un chat.

L'examen des yeux pratiqué par le Dr Bollack montre des opacités diffuses du cristallin, des deux côtés, des réflexes pupillaires faibles pour l'œil gauche ; pour l'œil droit : cataracte permettant de voir les mouvements de la main. Le fond d'œil du côté gauche montre une papille atrophique, de nombreuses hémorragies dispersées sur toute l'étendue de la rétine. Gros rétrécissement inférieur du champ visuel.

Réaction de Wassermann négative dans le sang.

Le 4 janvier 1934, la malade est de nouveau admise à l'infirmerie pour une broncho-pneumonie. Or, depuis que la fièvre l'a prise, les visions ont repris comme précédemment. Ce sont des femmes qui se



FIG. 6. — Coupe horizontale des ganglions opto-striés ; dégénération linéaire du bras postérieur de la capsule interne, dégénération et foyer apoplectique hémorragique du noyau interne de la couche optique. Dégénération de la partie caudale du pallidum (Méth. Loyez).

promènent avec des parapluies, des hommes qui fument le cigare, un monsieur habillé en marron fume la pipe.

J'ai vu aussi, dit la patiente, la salle couverte de merveilleux tapis, dans un coin se dressait une armoire de l'ancien temps, j'ai vu aussi un magasin où l'on vendait des chaussettes, des cravates multicolores, des tissus chinois ; six petits chiens noirs passent devant elle. Un coq picore du grain autour de son lit.

Le 10 janvier 1934, même état hallucinatoire : apparition de coqs, de perruches, les murs sont garnis de mosaïques.

Le 13 janvier 1934, au pied de son lit, il y a, dit-elle, comme une glace dans laquelle elle se reconnaît. Elle y apparaît grandeur naturelle, revêtue d'un corsage à carreaux, sa taille était belle, mince et élancée. Elle se revoyait parée comme au temps de sa jeunesse.

Légère excitation, la malade veut quitter son lit pour attraper le « pain des hannetons », fleurs du frêne qui remontent dans l'air et retombent.

Malgré l'intensité de l'état hallucinatoire, la malade ne présente aucune désorientation, aucune confusion. La mémoire, l'intelligence sont normales. La malade critique toutes ses visions et les juge parfaitement irréelles.

Ces hallucinations ne provoquent nul effroi et engendrent un état affectif plutôt agréable. C'est si beau, si beau, si joli à contempler, ne cesse de répéter la malade.

*16 juin 1934.* Reprise des hallucinations. Vision d'un grand lac, de belles eaux, de belles dames du côté de la gare St-Lazare. « Rien n'empêche, dit-elle, que j'aie ces visions, j'ai beau me mettre sous ma couverture les visions sont là, même si je me mettais un matelas devant les yeux, elles y seraient encore. »

On constate le reliquat d'une légère hémiparésie gauche qui serait survenue 6 ans auparavant. Tension artérielle 25-13.

*Le 22 novembre 1934.* Nouvelle défaillance cardiaque. Reprise des hallucinations. Un bataillon défile précédé d'un grand drapeau. Les cavaliers sont grandeur naturelle. Elle a vu un tunnel sous lequel s'engouffrait un train de luxe.

*Le 11 mai 1935.* Crise d'hyposystolie. Etat hallucinosique analogue aux précédents. Depuis cette époque nous avons eu l'occasion d'observer fréquemment la malade et de constater la persistance discontinue des hallucinations visuelles toujours exactement critiquées et n'atteignant pas le fonds mental.

Si, comme nous l'avons établi et comme la précédente observation en témoigne, il est impossible d'établir une coupure absolue entre les hallucinations reconnues comme telles (pseudo-hallucinations, hallucinose de certains auteurs) et les hallucinations identifiées avec la réalité, puisqu'une même malade passe de l'une à l'autre, on ne peut reconnaître davantage une manière d'opposition ou d'exclusivisme entre les hallucinations sans délire et les hallucinations qui s'entremêlent à une trame délirante.

En voici un exemple :

5<sup>e</sup> OBSERVATION. — *Mme Kirsch...*, âgée de 68 ans, blanchisseuse, ancienne éthylique, est admise à l'Hospice Paul-Brousse pour sénilité. Ses antécédents morbides sont sans intérêt. Elle n'a jamais fait de maladie grave ni de fausse couche. L'examen objectif à l'entrée ne montre aucun symptôme en rapport avec une lésion du système nerveux ou des viscères. L'appareil circulatoire est normal ; la tension artérielle non élevée.

Du côté des yeux, on observe que si les pupilles réagissent bien à la lumière et à l'accommodation, la cornée offre des signes de kératite en plaques du côté droit, tandis que le cristallin à gauche est opaque (cataracte sénile).

Urines sans sucre ni albumine.

Quatre ans après son admission à Paul-Brousse, la malade se plaint à nous de phénomènes singuliers. Des nègres viennent la voir, montent sur elle, des enfants en carton, des soldats dont le tronc est coupé transversalement, des femmes habillées comme des poupées défilent devant elle, alors que, en réalité, il n'y a rien.

A ces hallucinations s'ajoutent des illusions visuelles, des yeux semblent incrustés dans les fichus, des individus de taille normale qui sont les infirmières sont coupés en travers.

La malade, hésitante sur la réalité de ces visions, se demande comment « le docteur a pu introduire dans le dortoir de semblables êtres ». Après avoir été perplexe pendant quelques jours, la malade prétend que ces personnages qui s'agitent autour d'elle ont été envoyés spécialement pour l'ennuyer. Elle voudrait bien contrôler par le toucher ces apparitions mais elle n'ose pas. Un jour, cependant, elle se risque et frappe l'apparition avec un bâton ; immédiatement celle-ci disparaît. Une autre fois, la malade jette un objet contre la femme qu'elle prétend être la maîtresse de son mari.

La nuit, le sommeil de la malade est troublé par des apparitions ; celles-ci lui sont envoyées par « la grosse maîtresse de son mari, pour l'embêter ».

Tout ce foisonnement d'images hallucinatoires et illusionnelles détermine chez cette patiente un état de confusion appréciable. Même pendant le jour, elle apercevait sur le bord de la fenêtre des personnages bleus, les vitres d'ailleurs étaient devenues elles-mêmes bleues : par cette fenêtre pénétraient aussi chats, souris, à la tombée du jour et pendant la nuit.

Hantée par ces phantasmes qui ne la quittent plus, la malade déclare : « Je voudrais mourir, comme je serais heureuse. »

Huit jours après une crise hallucinatoire un peu plus accusée, la patiente présente des idées de persécution plus vives encore. C'est son mari qui veut l'ennuyer, la tourmenter, « s'il m'aimait, ajoutait-elle, il ne ferait pas cela, je ne veux plus le revoir ».

A ces idées de persécution la malade mêle des interprétations fondées sur des fausses reconnaissances et un délire métabolique. La voisine s'est habillée bizarrement, elle a une cigarette à la bouche et elle la nargue, une hospitalisée est surmontée d'une tête de veau, une autre est entortillée d'une étoffe à rayures.

Aucun symptôme d'ordre neurologique.

Affaiblissement léger des facultés, surtout de la mémoire. Aucun trouble du langage ni de la praxie.

Azotémie : 0,75. Réaction de Bordet-Wassermann dans le sang positive.

Dans certains cas, les modifications oculaires apparaissent tellement discrètes qu'il n'est pas possible d'en faire grand état dans la genèse des phantopsies : l'observation qu'on va lire en témoigne expressément.



6<sup>e</sup> OBSERVATION. — *Mme Chail...* entre pour l'âge (82 ans) à l'Hospice Paul-Brousse le 10 février 1930. Trois enfants. Un fils mort à l'âge de 17 ans d'anémie (?), un autre mort à 10 mois de convulsions.

Jusqu'à présent, la malade n'a jamais eu de maladies graves. Son mari est mort de dysenterie.

Il y a cinq ans, a été traitée par la radiothérapie pour une tumeur latérale du cou, à l'hôpital St-Antoine.

Il y a 40 ans, opérée d'un lipome de la commissure labiale droite. Elle porte actuellement un lipome de la taille d'une mandarine sur la hanche gauche.

Lors de l'admission de la malade à l'Hospice Paul-Brousse, on a constaté une intégrité absolue de tous les viscères. Comme anomalie on relevait seulement une abolition des réflexes achilléens des deux côtés. Les pupilles réagissaient bien à la lumière.

Le 1<sup>er</sup> février 1932, il y a une dizaine de jours, un soir, la malade a vu apparaître sur le mur une multitude de confettis de toutes couleurs (verte, rouge, or), d'une intensité extraordinaire. Lorsque la malade fermait les yeux, cette vision persistait très nette. Puis des personnages sont apparus, des hommes qui la regardaient avec des yeux terribles, des femmes, un officier avec des aiguillettes d'or, « on aurait dit un officier étranger », dit la malade, « un homme correctement vêtu dont les yeux remuaient ». Cette dernière vision a effrayé la malade. Elle sait très bien, cependant, que ce sont des hallucinations car elle est très consciente et se rend compte de l'irréalité de ces apparitions, dont cependant la sensation est aussi nette que la réalité.

Il y a quelques jours, la malade a vu un parterre de fleurs, un lilas tout violet dont les branches remuaient. Un soir, une vision de neige a été si nette, que la malade s'est levée pour regarder par la fenêtre si, vraiment, il ne neigeait pas.

Ces visions apparaissent toujours sur le mur, jamais sur le parquet, elles ne s'accompagnent pas d'odeur. La malade n'en a pas peur, mais elle s'en montre surprise et s'en émeut beaucoup. Ces apparitions ont lieu le soir dès que l'électricité est allumée, mais même lorsqu'il fait tout à fait noir, ces hallucinations persistent encore aussi vives.

La malade attribue ces phénomènes à une fatigue de la vue ayant beaucoup lu à la lumière depuis quelque temps.

Depuis quelque temps, la vue de la malade, qui était excellente, est un peu troublée. Lorsqu'elle lit un chiffre sur une bobine de fil, au lieu de dire 120, lit 1200. De même au lieu de voir 33, elle voit 333.

*Diminution de l'audition.* — Entend souvent des bruits dans l'oreille : bourdonnements, sifflements. Aucune hallucination auditive.

Depuis la ménopause souffre souvent de la tête.

Le sommeil n'a jamais été bon. Dort bien une nuit sur trois. Souvent la nuit la malade se réveille angoissée.



Le Wassermann est négatif. Pas d'urée, pas d'albumine.

Aucun symptôme d'ordre neurologique. Déformations rhumatismales des doigts, mais très légères ; campto-dactylie.

Epreuve « doigt sur le nez » normale ; diadococinésie normale.

Réflexes absolument normaux tant aux membres inférieurs qu'aux membres supérieurs.

Pas de tremblement de la langue.

Yeux. Pas de nystagmus. Léger strabisme de l'œil gauche, pas de cercle sénile. Les pupilles réagissent bien. Motilité normale.

Cœur absolument normal. Tension artérielle : 24/10.

La malade, il y a un an environ, éprouvait de fréquentes envies de dormir dans la journée, surtout après les repas. Depuis le commencement de l'apparition des hallucinations, elle n'a pas dormi dans la journée.

La malade est d'un interrogatoire facile, elle s'exprime très correctement, elle est intelligente et ne présente, jusqu'à présent, aucun trouble psychique en dehors de ses hallucinations.

*Janvier 1932. Examen ophtalmologique* (D<sup>r</sup> Bollack) : Pupilles légèrement inégales : droite > que gauche. Réflexes photo-moteurs : conservés. Quelques opacités cristalliniennes dans l'œil gauche. Légère divergence de l'œil gauche. Pas de limitation des mouvements oculaires. Pas de diplopie au verre rouge. Le champ visuel est normal. Acuité : œil droit 2/10 ; œil gauche 9/10. Le fond d'œil est absolument normal.

*11 février 1932.* Depuis quelques jours, les hallucinations sont beaucoup moins vives ; ne voit plus de personnages, mais de l'or sur les murs.

*Examen.* — Le fond d'œil est vascularisé, la papille rosée, les bords ne sont pas absolument nets. Les vaisseaux sont normaux. Il n'y a pas de sclérose, pas d'hémorragie de l'œil droit.

Du côté gauche, les vaisseaux sont normaux, la papille n'est pas bien distincte, elle est colorée. Pas d'hémorragie, pas de sclérose.

*1<sup>er</sup> juillet 1932.* Examen du fond d'œil (par Mme Schiff-Wertheimer). Pas d'hémorragie rétinienne.

*A droite :* tension veineuse rétinienne : 30. Tension artérielle : 80.

*A gauche :* tension veineuse : 30. Tension artérielle : 60.

Pas de pouls veineux spontané. Hypertension veineuse.

Les hallucinations chez les ophtalmopathes peuvent être toutes épisodiques. En voici un exemple :

*7<sup>e</sup> OBSERVATION.* — *Mme Bea...*, 45 ans, vit cesser ses règles il y a un an. Depuis plusieurs années cette malade s'est aperçue que sa vue baissait en même temps que se montrait de temps en temps une diplopie. Pollakiurie nocturne. Jamais d'ictus ni de paralysie des membres.

Il y a quelques mois, les crises de diplopie revinrent avec plus d'insistance en même temps que les vertiges.

En novembre 1931, nous constatâmes l'existence d'un syndrome cérébelleux caractérisé par la titubation de la démarche, franchement ébrieuse, la dysmétrie, l'adiadococinésie, le tremblement, et d'un syndrome pyramidal bilatéral avec double signe de Babinski, exaltation de la réflectivité, diminution de l'acuité visuelle. Nous portâmes le diagnostic de syphilis cérébro-spinale, lequel fut confirmé par la réaction du liquide céphalo-rachidien franchement positive par la méthode de Wassermann.

Or cette malade nous dit spontanément lors de notre premier examen qu'elle apercevait lorsqu'elle est dans une pièce fortement ou faiblement éclairée, des serpentins blancs qui se dressent et ondulent devant elle, souvent ils sont immobiles. De ces visions qui se répètent toujours les mêmes elle n'a jamais été dupe.

Dans la suite, ces hallucinations disparurent complètement.

Les phénomènes hallucinatoires que nous venons de rapporter et qui se sont déroulés chez des malades atteints de lésions oculaires diverses, comportent la plupart des variétés de phantopsies que l'on connaît en psychiatrie, puisque celles-ci s'étendent depuis la vision élémentaire telle que celle d'une fumée, d'un nuage ou d'une fusée lumineuse, jusqu'à la projection de scènes animées et d'une extrême complexité. Les visions peuvent être mobiles ou immobiles, colorées ou pauvres en couleur, mais en aucun cas, elles ne s'accompagnent du moindre bruissement ni de la plus légère odeur. Chez un de nos malades (Obs. 3), les personnages hallucinatoires apparaissaient en noir ou gris et les images évoquées volontairement ou sur notre demande, étaient également dépouillées de toute tonalité colorée. Déjà, dans un cas de maladie d'Alzheimer avec cécité et hallucinations, Lhermitte et Nicolas ont signalé le même fait. Lorsque les phantopsies se présentent sous une forme plaisante, les patients peuvent être invités à contrôler la réalité de ces apparences par le toucher, mais en aucun cas, nous n'avons observé d'hallucinations conjuguées (visuo-tactiles).

Dans la majorité des faits, les hallucinations sont parfaitement critiquées et identifiées comme telles. Cependant, cette règle générale souffre des exceptions, et nos observations, qui ne sont que la reproduction intégrale des récits qui nous ont été faits, témoignent que les malades peuvent être, dans certains cas, dupes de leurs phantopsies et prendre pour réelle l'image qui se projette devant leurs yeux.

L'observation de Mme Ch. (Obs. 6) en est un témoignage. Mais

chez cette malade, la méprise n'eut jamais lieu que lorsque l'image hallucinatoire pouvait s'intégrer dans le système de perception qui formait la trame de sa représentation du monde extérieur. La projection spatiale des images est absolue et leur localisation a toujours été d'une rigoureuse précision. C'est là, en ce point, que surgit l'image et non ailleurs, c'est dans tel sens et non dans un autre que se meuvent les phantasmes, nous assurent nos sujets. Que ces phantopsies, ainsi que le défend M. Quensel, surgissent dans un espace virtuel différent de l'espace visuel et que ces images hallucinatoires soient purement virtuelles, nous ne le nions pas, au moins pour certains cas, mais dans des circonstances très fréquentes, nous avons vu que l'image hallucinatoire copiait la réalité et s'insérait même dans le cadre du monde réel. Si les phantasmes ne sont pas pris comme réalité, ce n'est point, à notre sens, parce que l'image hallucinatoire, *en soi*, possède des qualités intrinsèques qui la font immédiatement reconnaître en l'opposant aux sensations vraies, mais parce que ce que représente l'imagerie hallucinatoire est en contradiction manifeste avec le système de sensations et de perceptions actuelles et heurte de front la sphère d'orientation et de causalité.

Les phantopsies des ophtalmopathes ressemblent-elles, ainsi que le pense Quensel, aux images du rêve, ce qui conduirait en bonne logique à prendre le déroulement hallucinatoire pour un fragment d'onirisme ? Cette thèse est assurément fort séduisante et l'un de nous (Lhermitte) l'a proposée dès son premier travail sur l'hallucinoze pédonculaire (1922). Cependant, dans le cas présent, cette assimilation semble plus hasardeuse, car si l'on met à part une malade, nos patientes ne présentaient pas de modifications du sommeil ; d'autre part, jamais une image hallucinatoire ne fut confondue avec une image telle que le rêve la projette.

Est-il permis de penser, ainsi qu'il est indiqué dans une observation de Schroeder, que la transformation soudaine du mirage hallucinatoire, l'aspect étrange et paradoxal de certaines apparitions, celle, par exemple, du cheval qui danse sur l'eau et n'avance pas, soit suffisants pour assimiler les visions hallucinatoires aux images du rêve physiologique ? Nous ne le pensons pas.

Mais si l'imagerie hallucinatoire et l'imagerie onirique, dont nous sommes loin de méconnaître certains traits communs, ne peuvent, à notre sens, être identifiées, l'hallucination des ophtalmopathes et l'hallucination des psychopathes comportent-elles des caractères différentiels qui autorisent à les opposer les unes

aux autres ? Tel est le problème que plusieurs auteurs, dont le plus récent est M. Terson, se sont posé.

*Existe-t-il un rapport de causalité entre les altérations du tractus optique et les hallucinations visuelles ?*

L'on a échafaudé trop de théories destinées à expliquer la genèse et le mécanisme des hallucinations en général pour que nous songions à reprendre semblable problème. Les plus ingénieuses constructions de l'esprit passent, seuls les faits demeurent ; et c'est uniquement sur le terrain de la réalité que nous entendons rester.

Ainsi qu'on l'a vu par les exemples que nous venons de rapporter, comme par ceux que nous avons extraits de la littérature, il n'est pas douteux que les sujets atteints de lésions portant sur l'appareil visuel, en quelque zone qu'elles se trouvent, peuvent être les jouets de la phantopsie, depuis la plus simple jusqu'à la plus complexe. Mais avons-nous la preuve qu'un lien de causalité réunit l'altération anatomique au phénomène illusionnel ou hallucinatoire ? Tel est le problème que nous ne pouvons pas ne pas nous poser.

Le premier fait sur lequel l'accord peut s'établir repose sur cette constatation que les hallucinations des malades atteints dans leur tractus optique ne diffèrent en rien de celles que l'on observe chez les patients dont, selon toute apparence, les voies et les récepteurs optiques sont intacts ; en dehors, bien entendu, des cas où l'hallucinose prend le type hémioptique.

Le second point, également peu discutable, tient dans cette donnée d'observation que les hallucinations surviennent souvent très longtemps après l'établissement de la lésion oculaire et peuvent survivre à sa disparition.

Dans les cas qui nous occupent spécialement, nous voulons dire chez les ophtalmopathes, si la lésion oculaire est la pure génératrice des fausses perceptions, l'occlusion des yeux, en supprimant toute excitation lumineuse rétinienne, devrait modifier le comportement perceptif ou illusionnel du malade. Et, de fait, il semble bien qu'il en soit ainsi, au moins pour un certain nombre de cas.

Chez un myope atteint de chorio-rétinite ancienne, soigné par Uthoff, l'occlusion des paupières supprimait les phantopsies qui hantaient ce malade fréquemment. Mais, reconnaissons que les faits de ce genre ne sont que des exceptions. Chez nos malades, de même que chez un patient suivi par Uthoff, la fermeture des paupières, l'occlusion des yeux n'atténuaient en rien le processus hallucinatoire, souvent même, c'est la cécité ou la forte



amblyopie qui créa, semble-t-il, ou favorisa l'éclosion et le développement des phantasmes visuels.

L'on connaît l'histoire de cet aliéné qui, de son œil gauche lésé par un scotome central, voyait un agent de police (Uthoff) et celle de ce vieillard observé par Schroeder lequel, pendant le cours de sa cataracte, hanté par de nombreuses visions imaginaires et hallucinatoires, fut guéri, en apparence, par le retour de la vision ; mais, chose étrange, les hallucinations reprirent dans la suite comme par le passé.

Les quelques faits que nous venons d'évoquer montrent bien que les variations dans la perception visuelle influencent en sens divers et opposés, le processus hallucinatoire et que, en conséquence, il est impossible de conclure à une relation entre la conservation de l'excitabilité, ou l'excitation actuelle des photorécepteurs visuels, avec les phantopsies. Et cependant, Uthoff, aussi bien que Morax et Truc, admirent la réalité d'une dépendance étroite de l'hallucination avec l'ophtalmopathie.

Morax appuie sa démonstration sur le fait suivant : une lésion purement rétinienne détermine, chez le sujet qui en est atteint, une tâche ou un voile ; au contraire, lorsque la lésion de même étendue que la précédente, frappe les fibres visuelles et non les photo-récepteurs, celle-ci entraîne un déficit dans la vision par anesthésie rétinienne et non pas la perception d'une tâche ou d'une ombre. D'où il faut conclure que la lésion rétinienne suscite des excitations anormales qui, transmises aux centres visuels cérébraux, déclenchent l'hallucination. Malgré l'autorité de Morax, nous avouons que nous ne pouvons en rien souscrire à une semblable thèse. D'abord, parce que rien n'est moins démontré qu'une lésion rétinienne engendre une vague d'excitation centripète, puis parce que, si cette thèse était juste, les hallucinations des ophtalmopathes ne seraient plus des raretés, mais des faits de la plus grande banalité.

Est-il besoin d'ajouter que, si l'hallucinose d'origine ophtalmopathique était liée à des excitations périphériques rétiniennes, celles-ci ne pourraient, à tout prendre, que réaliser des hallucinations élémentaires, ce qui n'est pas le cas.

En réalité, ainsi que l'a fortement marqué Schroeder, l'hallucination, même élémentaire, ne peut être que le résultat d'un désordre psychique général et non le produit d'une excitation des centres perceptifs primaires ou secondaires, pas plus que résulter de l'excitation (à supposer que celle-ci pût se concevoir) « des centres cérébraux de représentation » tels que les concevaient H. Jackson et C. Wernicke. Même dans les hallucinoses



engendrées par les tumeurs localisées, Quensel, Lœwenstein, Zutt, Bonhœffer, Hauptmann, s'accordent pour reconnaître que, si excitation il y a, celle-ci porte sur un très vaste système et que le trouble fonctionnel qui en résulte ébranle un ensemble très étendu des hémisphères cérébraux.

Dans leurs études sur l'hallucinoze pédonculaire, Lhermitte, puis van Bogaert et ses collaborateurs avaient souligné la même proposition et insisté sur cette donnée, à notre sens fondamentale, que si le processus causal de l'hallucinoze visuelle apparaît bien directement et strictement sous la dépendance d'une lésion de la calotte mésocéphalique, l'hallucination ne se réalisait qu'à la faveur d'une perturbation affectant la sphère psychique tout entière et semblable à celle qui caractérise le songe ou le rêve. Après Henry Head, nous soutenions donc que l'hallucination visuelle n'est qu'un fragment détaché d'un ensemble répondant à un état hallucinatoire (Hallucinatory state) ; dans son remarquable ouvrage consacré à la neurobiologie de l'hallucination, Mourgue défend la même position.

Nous sommes heureux de constater que M. Bickel, venu d'un autre point de départ, arrive aux mêmes conclusions et admet que la conscience de l'halluciné visuel est diminuée, comme celle du rêveur.

Selon A. Terson qui, nous l'avons dit, a consacré à notre sujet un intéressant mémoire, les hallucinations des ophtalmopathes épousent les mêmes formes qu'elles ont chez les innombrables sujets hallucinés dont les yeux sont sains, « ou revêtent les mêmes formes qu'elles ont eues avant la maladie des yeux ou qu'elles auront encore, ou qu'elles n'auront plus après que l'œil sera guéri ».

Le même auteur ajoute : « Chez les ophtalmopathes curables, ou incurables, c'est ordinairement par un processus indirect que se produit l'hallucinoze, tantôt par des conjonctions morbides d'idées, de craintes et de souvenirs, tantôt par des états cérébraux aux inflammations toxiques ou toxiques coexistantes, les mêmes, comme affinité, que ceux qui atteignent la rétine, véritable circonvolution intra-oculaire. »

En dernière analyse, il ne nous semble donc pas scientifique d'accorder à lésion oculaire la première place parmi les facteurs dont dépend le processus hallucinatoire ou phantopsique.

Est-ce à dire cependant que le facteur ophtalmopathique est absolument négligeable et vain ? Assurément non ; et c'est précisément ce point qui commande l'intérêt de l'hallucinoze ophtalmopathique. Qu'on nous entende bien ; de même que d'autres

hallucinations, l'hallucination visuelle simple ou figurée peut être plus ou moins strictement favorisée dans son éclosion par une altération organique ou fonctionnelle des photo-récepteurs, mais cette modification morbide n'est pas capable, à elle seule, de donner le branle au processus infiniment complexe qu'est celui de l'hallucination figurée et auquel participe, de toute nécessité, le psychisme tout entier. Pour être halluciné, ainsi que l'étaient ou que le sont nos malades, il faut qu'à certains moments se réalise un « *état hallucinatoire* » lequel, à coup sûr, ne peut être engendré par telle ou telle excitation des photo-récepteurs.

\*  
\*\*

Mais si la lésion oculaire ne peut être tenue pour le facteur essentiel de l'hallucinose des ophtalmopathes, trouve-t-on chez ceux-ci d'autres conditions morbides dont la conjonction avec l'ophtalmopathie nous fournit la raison des phantopsies ? Dans une certaine mesure, nous pouvons répondre par l'affirmative.

En effet, ainsi que nos observations en font foi, dans l'immense majorité des cas, à l'ophtalmopathie, se joignent d'autres perturbations organiques qu'un examen attentif permet de mettre au jour.

Chez une de nos malades atteinte de dégénération maculaire sénile, nous constatons un double signe de Babinski et une hémianopsie gauche (cas Mah), chez une autre (cas V. Hœv.), à l'amblyopie sévère, s'associait un hémiparésie gauche douloureuse en rapport avec un foyer thalamique précisé par l'étude anatomique ; chez une autre encore, la kératite avec cataracte s'accompagnait d'un fléchissement intellectuel modéré, mais indéniable ; enfin, chez une dernière patiente (cas Nic.), nous avons pu suivre très exactement le rythme des crises hallucinosiques et préciser que le moment d'apparition de celles-ci coïncidait avec la survenance d'un incident infectieux (broncho-pneumonie) ou cardio-pulmonaire (insuffisance cardiaque avec œdèmes et stase pulmonaire).

Une telle conjonction de phénomènes ne saurait être tenue pour fortuite ; par sa répétition même, elle défie la critique. Mais il y a plus, nous retrouvons, chez cette dernière malade, une disposition à halluciner assez curieuse. Atteinte de fièvre typhoïde à l'âge de 36 ans, cette malade n'a pas perdu de souvenir du délire hallucinatoire qui a marqué une période de l'évolution de cette infection lequel, selon la malade elle-même, ressemblait par plusieurs de ses traits aux phénomènes hallucinatoires actuels.

Disposition spéciale à projeter des images visuelles en dehors de la personnalité physique, fléchissement organique ou infection, altérations cérébrales plus ou moins strictement localisées, tels sont les moments étiologiques que nous saisissons à l'origine des hallucinations qui accidentent la vie de certains ophtalmopathes.

Le retentissement sur l'encéphale des infections et des intoxications est connu, celui qui entraîne la déficience cardiaque l'est un peu moins. Il est indéniable cependant, et nous ne rappellerons que pour mémoire, parce que le fait se montre très suggestif, l'observation rapportée par Lhermitte et par O. Trelles, où l'on voit un double signe de Babinski apparaître la traduction manifeste d'une insuffisance myocardique à répétition. La notion d'une disposition spéciale pour halluciner se montre, évidemment, moins précise ; cependant, ce facteur n'en est pas moins réel. Plusieurs de nos malades présentaient, ou avaient présenté des troubles du sommeil, l'une d'elles se souvenait d'avoir été somnambule pendant son enfance ; enfin, tous nos sujets sont des femmes, bien que, dans le milieu où nous avons observé, les hommes se trouvent presque aussi bien représentés numériquement que les femmes. Lhermitte avait déjà fait la même remarque à propos de l'hallucinoïse pédonculaire.

Toutes les notions que nous venons d'évoquer et les faits que nous apportons témoignent, par leur convergence, que le problème de l'hallucination la plus simple, parce que la plus dépouillée d'enveloppe psychologique, reste toujours complexe et que ce serait bien grande vanité que de chercher à expliquer l'hallucination des ophtalmopathes par le jeu d'une excitation ou d'une inhibition tout hypothétiques et dont la source serait à trouver dans un photo-récepteur altéré.

Contrairement à nos éminents prédécesseurs, tels que Uthoff, Morax, Truc, nous croyons avoir montré que, si l'altération du récepteur visuel peut faciliter l'apparition d'une image extériorisée, cette lésion n'est qu'un facteur de second plan et que les raisons majeures s'en trouvent dans les altérations cérébrales dont le fléchissement cardiaque ou les toxi-infections exagèrent le retentissement fonctionnel, ainsi que dans une perturbation générale de l'esprit, fondement de toute hallucination.

#### BIBLIOGRAPHIE

- UHOTFF. — Soc. d'opht. de Heidelberg, 1908. *Monats. f. Psychiat.*, 1899, vol. 5.  
MORAX. — Progrès médical, déc. 1922.  
TRUC. — *Ann. d'oculist.*, septembre 1925.

- TERSON. — *Ann. d'oculist.*, octobre 1930.
- QUENSEL. — *Kurz. Handb. der Ophthalmologie*, 1931, p. 458.
- SAVIGNY. — *Société des Sciences de Seine-et-Oise*, série 11, fasc. 3, 1928.
- JANBON et VIELLEFONT. — *Soc. d'ot. neuro. oculist. du Sud-Est*, octobre 1929.
- LAIGNEL-LAVASTINE et KAHN (P.). — *Ann. médico-psych.*, 1925, t. 1, p. 343.
- LAIGNEL-LAVASTINE et BOURGEOIS. — *Ann. médico-psychol.*, 1927, t. II.
- CLAUDE, BARUK et VERVAECK. — *Ann. médico-psych.*, t. I, 1927.
- TARGOWLA et PICARD. — *Ann. médico-psych.*, 1928, t. I.
- J. LHERMITTE. — *Revue Neurolog.*, 1922, décembre ; *Encéphale*, 1929 ;  
*Revue générale sur l'Hallucinose pédonculaire.*
- L. VAN BOGAERT et DELBEKE. — *Journal de Neurologie et de Psych.*, fév. 1929.
- L. VAN BOGAERT. — *Rev. Neurologique*, 1927, p. 608.
- R. GARCIN et RENARD. — *Paris Médical*, 1934.
- ANDRÉ-THOMAS et RENDU. — *Revue d'ot. neuro-ocul.*, déc. 1933.
- P. LEREBoullet et MOUZON. — *Paris Médical*, 1918.
- CHRISTOPHE et SCHMITE. — *Paris Médical*, 1931, décembre.
- H. CLAUDE. — *Le Progrès Médical*, juin 1935 ; *Journal médical français*, mai 1924.
- S. NACHT. — *L'Evolution psychiatrique*, 1934, fasc. IV.
- NISSL V. MAYENDORF. — *Zeit. f. die ges. Neurologie und Psych.*, 1925, vol. 99.
- P. GUIRAUD. — *Paris Médical*, août 1932.
- H. EY. — *Hallucinations et délire*, 1 vol., 1934.
- R. MOURGUE. — Le problème biologique de l'hallucination. *Ann. méd.-psych.*, 1931, oct. ; *Neurobiologie de l'hallucination*, 1 vol., 1932.
- GOLDSTEIN. — *Arch. f. Psychiatrie*, 1908.
- O. FÖRSTER. — *Journ. f. Psychol. und Neurologie*, 1929, vol. 39.
- HARTMANN. — *Zeit. f. die ges. Neurolog.*, vol. 131, 1930.
- HENSCHEN. — *Arch. f. Psychiatrie*, vol. 75, 1925.
- F. KRAUSE. — *Klin. Woch.*, 1924.
- LGEWENSTEIN et BORCHARDT. — *Deut. z. f. Nerv. heilk.*, 1918, vol. 58.
- SCHRÖDER. — *Monats. f. Psych.*, 1915, vol. 37 ; *Archiv. f. Psychiat.*, 1925, vol. 73.
- ZUTT. — *Zentrablatt f. Neurologie*, 1930, vol. 56.
-

# SYNDROME PSYCHASTHÉNIQUE ET HYPERHYPOPHYSIE

*Relations possibles entre le trouble endocrinien  
et l'orientation des manifestations psychopathologiques*

PAR

C.-I. PARHON, A. KREINDLER et E. WEIGL (1)

Le rôle du chimisme de l'organisme dans les phénomènes psychologiques est démontré depuis longtemps. L'action de l'alcool, de l'ivresse, est connue depuis l'antiquité et plus récemment celle de la morphine, du haschisch, de la mescaline, etc., furent également mises en évidence d'une façon indiscutable. Les intoxications endogènes retentissent aussi sur la vie psychique et il en est de même pour les variations du métabolisme déterminées par les altérations des fonctions endocriniennes. Une littérature considérable, sur laquelle il n'y a pas lieu d'insister, sert de base à cette affirmation. Nous nous contenterons de rappeler ici le rapport, déjà ancien de Laignel-Lavastine (1908), sur les relations entre les troubles psychiques et les altérations des glandes à sécrétion interne, de même que celui que l'un de nous a présenté 5 ans plus tard au Congrès International de Neurologie et Psychiatrie (Gand, 1913). Nous rappellerons également que l'un de nous soutient depuis longtemps (1906) l'opinion que les troubles endocriniens et surtout thyroïdiens, interviennent dans une mesure très importante dans la pathogénie de la psychose maniaque-dépressive de même que de la psychasthénie.

Les relations des hormones avec les processus psychiques sont admises même par les auteurs qui, ayant envisagé surtout certains aspects de la vie psychique normale et pathologique, se sont

(1) Travail du Service des consultations endocrinologiques de l'Hôpital « Iubirea de oameni », Bucarest.



tenus d'une façon générale assez à l'écart de l'endocrinologie et des mécanismes somatiques des manifestations psychologiques. C'est ainsi que nous trouvons chez Freud le passage suivant : « Il est probable que ce sont des substances et des processus chimiques spéciaux, par lesquels s'exerce l'instinct sexuel. Nous tenons compte de cette probabilité quand nous substituons aux substances chimiques spéciales des forces psychiques spéciales. »

L'observation qui suit nous permettra d'apporter une contribution à cette étude et de discuter le rôle de l'hypophyse dans les processus psychiques normaux et pathologiques. Elle nous permettra en outre de soulever le problème des rapports possibles entre l'orientation somatique et l'orientation psychique de la symptomatologie déterminée par l'altération endocrinienne.

#### OBSERVATION

La malade Alexandra C., âgée de 35 ans, se plaint d'amnésie, d'apathie, de diminution de l'attention, de phobies.

*Examen somatique :* La malade a une constitution hyperhypophysaire très nette. Elle pèse 92 kg., sa taille est de 1 m. 87. La circonférence de la tête est de 58 cm. Le maxillaire inférieur est saillant, les arcades sourcilières aussi. La radiographie crânienne montre une selle turcique normale mais les apophyses clinoides sont très grosses. Il n'y a pas de signes de la série infundibulaire, sauf une légère polyurie (1.500 à 1.700 gr. d'urine par 24 heures). Le corps thyroïde est palpable sans être augmenté de volume. Le pouls bat à 82. La tension artérielle est de 12-8. La malade présente un dermatographisme très accusé et rougit même spontanément d'une manière très facile. Il n'y a pas de signe de Chvostek. La calcémie est normale. La malade se plaint de paresthésies dans les mains. La menstruation n'est pas régulière. Elle retarde parfois de deux et même de quatre semaines. La malade a engraisé ces derniers mois. Le métabolisme basal est de — 15 0/0.

*Examen psychopathologique.* — La malade se plaint des troubles suivants :

*Apathie :* Elle est devenue totalement indifférente à tout ce qui l'intéressait auparavant. Elle ne ressent ni joies, ni chagrins. Elle, qui fut toujours coquette, préoccupée de son aspect extérieur, se regardait beaucoup dans la glace, etc., est maintenant « paralysée » dans son activité, ne fait rien toute la journée, reste étendue sur son lit à regarder « dans le vide ». Toute affectivité pour ses proches a disparu. Tandis qu'auparavant elle était toujours très inquiète de son mari, qui est garde-champêtre, et allait à sa rencontre dans les bois quand il était en retard, peut rester maintenant pendant des semaines sans aucune nouvelle de sa santé. Elle ne sait que « par

raisonnement » qu'elle l'aime. De même pour son unique enfant, qui est dans un lycée en ville. Auparavant elle était anxieuse si elle ne recevait pas tous les mercredis une lettre de lui, et une fois même présenta pour cette même cause une monoplégie crurale droite ayant duré quatre semaines (hystérie ?). La dernière fois que l'enfant est venu en vacances il a apporté des notes très mauvaises de l'école. Son professeur les mettait sur le compte du fait que l'enfant avait manifesté tout le temps un désir ardent de revoir sa mère. La malade a donc décidé de lui rendre le séjour dans la maison des parents aussi désagréable que possible ; ce qu'elle réussit à faire avec beaucoup de sang-froid. Quand l'enfant est reparti, elle ne l'a même pas embrassé ; elle ne l'a plus revu depuis lors et n'en ressent pas le besoin.

*Amnésie* : La malade se plaint d'avoir perdu la mémoire. A notre remarque qu'elle se rappelle pourtant très bien son enfance avec les plus petits détails, elle nous répond qu'elle n'a oublié que les faits appris. Elle nous donne des exemples : l'année passée elle a lu un livre sur la révolution russe qui l'a profondément émue ; elle se rappellera toujours ce roman sans toutefois pouvoir raconter son contenu. Elle a lu six fois les œuvres de Tourghenjew, mais ne se rappelle plus rien. Pourtant les impressions fortes qu'elle a eues pendant sa vie restent bien fixées dans sa mémoire. La malade, qui lisait auparavant beaucoup, ne peut plus lire. Elle ne comprend plus ce qu'elle lit, elle doit faire des efforts très grands pour fixer son attention. Elle, qui s'était beaucoup occupée de grammaire, ne peut plus analyser les propositions les plus simples.

*Des phobies* : La malade souffre depuis des années d'une phobie des microbes, craignant de s'infecter en touchant des monnaies et tout autre objet. Elle craint l'infection syphilitique. Pour ces raisons, elle se lave les mains 80 à 100 fois par jour. A la suite d'un rêve, elle a été longtemps obsédée par la crainte que sa tête n'éclate. A cette époque, elle était obligée de rester couchée dans une demi-obscurité, elle ne pouvait pas dormir. Elle a souvent l'impression de « devenir folle » et « que sa tête éclate ». Dans ces moments elle doit bander sa tête par peur qu'elle n'éclate. Elle se croit tantôt folle, tantôt un génie unique au monde. A d'autres moments, elle se rend compte qu'elle ne pense à rien et elle est prise de frayeur.

*Perte des talents et de ses dons littéraires*. La malade croit qu'elle est une femme de lettres. Dès son enfance, elle faisait de bonnes compositions. Très tôt elle a commencé à écrire des nouvelles ; puis brusquement elle a cessé. En 1933, l'élan d'écrire lui est revenu. Elle a conçu 18 projets pour un seul roman, mais à la fin aucun ne lui paraissait digne d'elle. Pendant six semaines elle s'est tourmentée pour commencer ce roman, dont le titre était le même que celui de Kouprin : « Jama ». Son roman s'occupait surtout de la vie à la campagne. Son œuvre lui a déplu. Elle s'est mise alors à écrire une nouvelle dont le sujet était le suivant : Elle se trouvait en voiture

avec un vieillard et elle craignait que celui-ci ne l'embrasse ; elle se rendait compte ensuite qu'il ne pensait qu'à sa propre mort et que c'était insensé de sa part de le craindre, d'autant plus que d'autre part elle ne craignait pas un jeune officier qui lui faisait la cour assidûment.

Parfois le besoin d'écrire la reprend. Son mari la pousse aussi à le faire et lui a même demandé de narrer sa propre vie à lui. Mais depuis Noël dernier, qui coïncide avec la dernière venue de son fils, elle n'a plus rien produit en fait de littérature. La malade prétend aussi avoir une belle voix, mais ne pas l'avoir cultivée.

*Ses rêves* : 1° Elle rêve que sa tête s'agrandit à tel point que même la chambre ne la contient plus. A ce moment, elle enlève son alliance, la met au-dessus de sa tête et celle-ci revient à son état normal. Au réveil, elle ne retrouve plus son alliance et ce n'est qu'après de longues recherches qu'on l'a retrouvée sur la taie d'oreiller. Elle s'est mise à crier de toutes ses forces. 2° Elle rêve qu'elle chante devant un parterre de rois et qu'on l'acclame en lui jetant des fleurs. Elle a ce rêve tous les 3 ou 4 mois. 3° Elle rêve aussi assez souvent qu'elle n'a qu'à ouvrir les bras pour voler dans l'espace. 4° Elle rêve aussi assez souvent qu'elle monte une bicyclette, bien qu'en réalité elle ne sache pas monter à bicyclette. 5° Elle rêve encore qu'elle passe un examen devant une commission qui ne veut pas croire qu'elle a beaucoup étudié, malgré ses menaces et ses supplications. A la suite de ce rêve, elle est très agitée, elle pleure, car le fait de ne pas avoir de succès en rêve (autant qu'en réalité) la fait souffrir horriblement. Même lorsqu'elle nous raconte ce rêve elle rougit et se met à pleurer. 6° Elle rêve aussi assez souvent qu'elle grimpe sur une montagne immense et que lorsqu'elle arrive près du sommet elle ne peut y parvenir ; parfois un homme (qu'elle considère comme son ennemi mortel), tournant le dos, lui refuse son aide. En racontant ce rêve la malade est très agitée. 7° La malade rêve aussi qu'elle grimpe sur un arbre pour cueillir un fruit mais que les branches fléchissent sous son poids et que lorsqu'elle saisit le tronc, ce dernier remue à tel point qu'elle se voit tomber et se demande ce qu'il en adviendra. (A la suite de notre enquête nous avons conclu qu'elle ne connaissait aucun exemple pareil tiré de la mythologie grecque ou autre).

*Souvenirs d'enfance* : C'était un enfant unique et son enfance fut triste. Son premier souvenir est le suivant : elle avait environ 2 ans, la mère lui a dit « donne-moi ta main » et sa robe a pris feu. Elle se souvient encore qu'un petit frère, nourrisson encore, est mort et qu'elle s'est accrochée à la soutane du pope pour l'empêcher de l'emporter dans son cercueil. Jusqu'à son entrée à l'école élémentaire elle n'a que de tristes souvenirs. Son père, ivrogne invétéré, ne faisait que des esclandres. A un certain moment il a blessé sa mère avec un couteau. Ceci se passait lorsque la malade avait 12 ans. Les parents ont divorcé. Sa mère est morte en Russie. Son père vit encore maintenant. Après le décès de la mère, son père lui a aigri

l'existence continuellement. Une fois il a voulu la tuer avec une hache. Une autre fois son père l'ayant frappé trop fort elle fut conduite à l'hôpital et une amnésie s'ensuivit. Alors que, guérie, elle refusait de rentrer auprès de son père, celui-ci l'obligea à le faire, menaçant de la faire revenir par force.

Mais bien qu'elle prétende avoir eu une enfance malheureuse, elle dit avoir été une enfant gaie, malgré les misères que son père lui faisait et auxquelles elle s'était habituée depuis sa première enfance. Maintenant elle ne veut rien entendre de son père ni le connaître. D'un autre côté, elle prétend qu'elle lui ressemble puisqu'elle aussi se met très facilement en colère.

*Les relations conjugales* : La malade est mariée depuis 11 ans. Ce fut un mariage d'amour. Il eut lieu deux semaines après sa sortie de l'école. Son mari a la même taille qu'elle, mais ne pèse que 75 kg. tandis que son poids à elle est de 92 kg. A notre demande sur sa vie conjugale, elle donne des réponses fort embrouillées. Tantôt elle considère son mari comme le meilleur des hommes ; tantôt elle raconte qu'elle souhaitait un mari tout autre et que celui-ci ne la cajole pas assez. Au début, elle s'imaginait que dans un ménage il n'y avait pas de querelles et tel fut le sien pendant trois mois ; lorsqu'un beau jour son mari se trouvant dans un courant d'air et ne lui ayant pas obéi de suite lorsqu'elle lui dit de s'en retirer, elle le maudit en lui souhaitant la mort. Ces paroles l'avaient troublé pendant fort longtemps, ne comprenant pas elle-même comment elle avait pu les prononcer. Une fois fâchée contre quelqu'un, elle l'est pour toujours. Depuis cette première dispute son mariage devint un enfer. Elle reconnaît elle-même qu'elle rend la vie impossible à son mari, en lui reprochant continuellement d'être la cause de sa maladie, et que depuis son mariage elle a perdu toute gaieté et tout plaisir. Au fond elle admet que son mari est un homme bon et paisible. Lorsque nous lui faisons remarquer que le mariage pour elle signifiait la liberté en comparaison avec ce qu'elle souffrait auprès de son père, elle nous répond qu'elle n'a pas pu choisir son père tandis qu'elle a elle-même choisi son mari.

Sur sa vie sexuelle elle donne les détails suivants : elle prétend que son mari est très sensuel tandis qu'elle-même est frigide. L'acte sexuel lui est devenu odieux depuis les premiers temps du mariage lorsque durant les premiers six mois elle souffrait à chaque attouchement. Quoiqu'elle ne l'ait essayé elle croit que même avec un autre homme elle ne pourrait rien ressentir. Son mari aime lire et surtout les œuvres de sa femme. Envers sa belle-mère elle a beaucoup de respect, mais c'est une femme méchante, une mégère que rien n'adoucit. Pourtant la malade prétend qu'elle ne voit aucun motif à cette antipathie. Son beau-père, au contraire, mort il y a trois ans, était un brave homme.

*Sentiments religieux* : La malade nous dit avoir été pratiquante jusqu'à son mariage, mais depuis, elle ne croit à rien sinon à la



vérité et au principe de ne pas faire à autrui ce que l'on ne veut pas qu'on vous fasse. Elle voudrait revenir à la foi mais cela lui est impossible. Elle pleure et nous avoue « qu'une personne si insignifiante ne devrait pas vivre ».

Il nous semble intéressant d'insister sur les modifications des représentations des dimensions et de la forme des segments corporels que la malade présente : sa tête grandit prête à éclater, elle en rêve même, elle se sent grande, non seulement au point de vue de ses qualités psychiques, mais aussi somatiques. Il y a lieu de nous demander si ces symptômes n'ont pas de rapport avec sa constitution hyperhypophysaire. Les représentations mentionnées plus haut présentent peut-être des modifications chez les acromégales et les géants. La constitution hyperhypophysaire de notre malade offre peut-être aux symptômes névropathiques un domaine dans lequel ils peuvent se manifester plus facilement. Il est encore caractéristique que la malade se préoccupe de sa voix, la voix changeant de caractère, comme nous le savons, chez les malades présentant des symptômes d'hyperfonctionnement pituitaire. *Les endocrinopathies créent dans l'organisme des variations de la cénesthésie et dans notre cas l'hyperpituitarisme a créé, semble-t-il, des modifications des représentations corporelles. Le contenu de la névrose qui se développe sur ce terrain semble orienté, dans sa forme, par l'hyperpituitarisme.*

En ce qui concerne la part des modifications endocriniennes dans les troubles psychiques de notre malade, on doit penser à l'intervention primitive ou secondaire de plusieurs de ces organes.

Et d'abord à l'hypophyse. Les troubles psychiques ne sont pas rares dans les cas d'hyperhypophysie et l'un de nous les passa en revue dans des travaux antérieurs. Dans notre cas, ils se présentent surtout sous la forme dépressive et psychasthénique (indifférence affective, rêves d'insuccès, sentiment d'infériorité, anxiété). Mais on observe aussi parfois une tendance à l'excitation psychique dans le sens maniaque (auto-appréciation exagérée, nombreux projets de travaux littéraires, etc.). Cette légère excitation de type maniaque n'est d'ailleurs pas durable.

D'autres glandes doivent être aussi prises en considération. On doit insister ainsi sur l'insuffisance ovarienne (troubles menstruels, émotivité, rougeurs faciles, irascibilité, frigidity sexuelle) et on sait la part importante qui revient à cette dernière dans la pathogénie de la mélancolie. L'un de nous y a insisté dans plusieurs travaux antérieurs.

Nous devons penser également au corps thyroïde d'autant plus



que nous savons aujourd'hui que le lobe antérieur de l'hypophyse secrète une hormone thyroïdienne. Dans notre cas, la légère diminution du métabolisme basal pourrait éveiller l'idée d'une hypothyroïdie. Mais l'insuffisance ovarienne pourrait également expliquer une diminution si peu manifeste. L'émotivité de la malade, les pleurs faciles, l'anxiété, vont de pair le plus souvent avec l'hyperthyroïdie et les phobies et obsessions, la mélancolie elle-même se rencontre, nous semble-t-il, plus fréquemment chez les hyperthyroïdiens que chez les hypothyroïdiens.

Quoi qu'il en soit, on doit admettre que chez notre malade le chimisme sanguin et celui du système nerveux (et de l'organisme en général) se ressentent de troubles endocriniens, dont l'analyse minutieuse n'est pas encore possible.

Ce cas démontre une fois de plus les connexions étroites existant entre les troubles endocriniens et les altérations psychiques. Les rapports des uns et des autres sont très importants et l'attention des psychiatres doit être constamment fixée sur cette question. Notre cas démontre que le choix du symptôme dans une névrose peut être déterminé par des altérations cénesthésiques d'origine endocrinopathique.

---

# LES TENDANCES ACTUELLES DE LA PSYCHIATRIE EN BELGIQUE <sup>(1)</sup>

PAR

G. VERMEYLEN

La Belgique, de par sa situation géographique, se trouve au centre des grands courants d'idée européens et participe activement à leur propagation. Elle en ressent elle-même profondément les influences et reste, comme il l'a été constaté plus d'une fois, une « terre d'expériences ».

Il n'en va pas autrement pour ce qui regarde la psychiatrie. Bien plus qu'une grande activité créatrice dans le domaine des concepts et des doctrines, on y constate un souci constant de s'assimiler les méthodes ou les théories nouvelles, de les confronter avec les faits ; mais, aussi, de n'en garder que ce qui répond à la réalité clinique, ce qui est directement pratique et utilisable.

Et cela n'exclut pas quelque hardiesse et un esprit novateur qui se retrouve à plus d'un moment de l'évolution psychiatrique en Belgique. Il suffirait, à cet égard, de citer l'influence profonde qu'a eu, tant au point de vue des doctrines que de l'assistance, un psychiatre de l'envergure de Guislain. Ou bien encore, le mouvement puissant de l'école belge de 1900 que les Sano, les Claus, les Meeus, orientèrent, vers des conceptions psychiatriques plus synthétiques et des modes d'assistance, que l'expérience séculaire de la colonie de Gheel permettait d'assouplir et d'humaniser.

Il semble bien qu'un nouveau courant se soit manifesté après guerre et que de profondes modifications soient en cours, tant dans la théorie que dans la pratique.

(1) Cet article du Professeur G. Vermeylen, de l'Université de Bruxelles, est le premier d'une série d'articles consacrés par les *Annales Médico-psychologiques* à une enquête internationale sur les tendances de la psychiatrie contemporaine. — R. C.

Il est difficile encore d'en dessiner, de façon nette, le contour et les saillies. Nous sommes encore trop mêlés à ses remous et trop emportés par son mouvement même. Mais, d'ores et déjà, il est possible d'en percevoir quelques particularités et d'en marquer quelques nouveautés.

Une des tendances les plus marquantes, et qui se retrouve dans les doctrines et dans les faits, est d'humaniser le malade mental. Certes, depuis longtemps déjà les meilleurs esprits y tendaient et le XIX<sup>e</sup> siècle a été marqué par bien des conquêtes dans ce sens. Mais ce n'est vraiment que depuis quelques années que l'ancien « aliénu » n'est plus totalement un étranger pour nous. Il est entré dans la grande famille des humains, par la porte de la maladie, il est vrai ; mais non plus de maladies spéciales et étranges, mais bien de maladies dont les mécanismes répondent de plus en plus à ceux de la pathologie générale. Les progrès de la neurologie, son assouplissement clinique et son dégagement de théories trop étroitement localisatrices, le renouveau des idées dû aux grands physiologistes anglais, et tout spécialement de Hughling Jackson, ont préparé les voies à une neuropsychiatrie basée, plus sur la physiopathologie, que sur l'anatomopathologie.

Mais, mieux encore, la psychiatrie est devenue attentive à toutes les découvertes qui se succèdent à un rythme accéléré, de la bio-chimie générale. Elle se les approprie une à une, elle les confronte avec les constatations qui lui sont propres, elle les adopte, enfin, ou les rejette. Et ce qui est inutilisable n'est pas moins riche d'enseignements pour elle. Les enseignements de la bio-chimie l'habituent à rechercher dans l'organisme entier, et non dans une de ses parties, les causes de la maladie mentale et, même dans ce domaine élargi, à ne pas s'attendre à la trouver dans des lésions grossières, mais bien dans des modifications tenues et inconstantes, dont la multiplicité et la diffusion peuvent seules expliquer, à la fois l'influence profonde sur le psychisme du malade et la difficulté de les découvrir et de les démontrer.

De même, la psychopathologie a beaucoup perdu de son caractère ésotérique. Sous l'influence, il faut savoir le reconnaître, des idées freudiennes, et plus encore peut-être des doctrines dissidentes qui se sont multipliées, les faits psychopathologiques se sont beaucoup rapprochés des faits psychologiques, le malade mental de l'homme normal. L'étude des déviations passagères de l'esprit normal, la recherche de plus en plus fine des influences modificatrices, la compréhension meilleure des mécanismes

psychologiques profonds, ont été pour beaucoup, dans ce rapprochement, gros de conséquences.

Le premier résultat en a été l'extension de l'hygiène mentale. Basée, primitivement, sur une conception purement empirique et, pourrait-on dire, sentimentale, elle n'aurait pu avoir l'extension qu'on lui connaît et n'aurait certainement pas dépassé les limites des pays anglo-saxons, si elle ne s'était, dans l'après-guerre, rencontrée avec les modifications de l'esprit psychiatrique qui viennent d'être esquissées. Elle n'aurait, d'autre part, pu toucher le grand public si celui-ci n'avait pas été préparé par toute une littérature, mi-médicale mi-romanesque, où le bon se mêlait au pire, mais d'où se dégagait pourtant une impression de communauté entre le malade mental et le reste des humains. Tout cela préparait l'esprit public à admettre les grandes innovations de l'hygiène mentale et de l'assistance psychiatrique, voire même à les exiger et à s'étonner de la prudence des psychiatres.

L'assistance psychiatrique en a largement bénéficié. On sent de plus en plus la nécessité d'une double organisation psychiatrique. Celle des malades aigus dont l'hospitalisation devrait se faire dans des hôpitaux psychiatriques munis de tout l'outillage moderne d'investigation et de traitement. Ou dans des services de psychiatrie annexés à de grands hôpitaux urbains qui, sans augmentation des frais généraux, permettent l'accession, auprès du malade mental, des différents spécialistes et l'utilisation de tous les moyens médicaux.

Celle, d'autre part, des malades chroniques, dont l'assistance dans des instituts psychiatriques, de préférence extra-urbains, devrait tendre à leur ménager un milieu aussi socialement évolué que possible : bonne organisation hospitalière, esprit de communauté, sorties surveillées, loisirs organisés et surtout travail organisé méthodiquement et dans un sens à la fois thérapeutique et utilitaire.

Pendant ce quart de siècle si fertile en modifications de tous ordres, la psychiatrie n'est donc pas restée en retard. Ses progrès n'ont pas laissé indifférents les milieux psychiatriques belges, qui ont souvent participés de façon active à leur réalisation. De plus, mieux souvent que dans d'autres pays, les réalisations nouvelles ne sont pas restées cantonnées dans les sphères médicales, mais ont débordé largement, dans le monde juridique et pédagogique notamment, pour atteindre les travailleurs sociaux de tous ordres et enfin le grand public. Cette collaboration de plus en plus large avec les milieux extra-médicaux est une des caractéristi-

ques, les plus intéressantes, de la psychiatrie moderne et qui a été la mieux comprise en Belgique.

Les grandes lignes de la psychiatrie moderne ayant ainsi été esquissées, nous allons en retrouver l'esprit dans les principales activités psychiatriques telles qu'elles sont actuellement pratiquées dans ce pays.

### LA PSYCHIATRIE GÉNÉRALE

Branche de la médecine, qui reste malgré tout assez ésotérique, la psychiatrie demande, de celui qui la pratique, à la fois de très larges connaissances humaines et des vues toutes particulières et très approfondies sur son propre objet. C'est dire que l'accession à la psychiatrie reste une chose difficile et délicate, qui demande une préparation longue et soignée.

*L'enseignement de la psychiatrie* doit, de ce fait, viser, non seulement à donner à tous les futurs médecins une teinture psychiatrique générale qui les mette en mesure de comprendre ce qu'elle est et de développer leur sens psychologique du malade, mais surtout à former de jeunes psychiatres capables d'aborder, en connaissance de cause, les différentes faces du problème.

Pendant longtemps, la psychiatrie est restée noyée dans l'enseignement de la médecine générale dont elle représentait une branche infime, enseignée plus théoriquement que pratiquement. Ce n'est que sous la poussée de fortes personnalités qu'elle a pu conquérir l'autonomie qui lui revenait.

Ce fut à Joseph Guislain qu'on dû, en Belgique, de voir la psychiatrie devenir consciente d'elle-même. Dans l'introduction émouvante de sa première « leçon orale sur les phrénopathies », donnée le 7 novembre 1849, à l'asile qui porte désormais son nom, il nous dit : « Je me rappellerai toujours mes débuts dans cet établissement. J'étais seul, sans maître. Les difficultés surgissaient de tous côtés : je ne trouvais partout que des obstacles. Je ne comprenais rien à ce que je voyais, et, je dois bien vous le dire, les mécomptes furent d'abord mes guides de tous les jours. » Il se chargea, pour l'ensemble du pays, de devenir un guide, cette fois averti et rompu à toutes les difficultés de sa tâche.

C'est à ses importants rapports d'inspection qu'on doit la première réforme belge des asiles et la première loi de 1848 sur le régime des aliénés.

C'est à sa personnalité agissante qu'on doit le premier enseignement psychiatrique, digne de ce nom, dans notre pays.



C'est à sa connaissance approfondie des malades mentaux et au labeur de toute une vie consacrée délibérément à l'étude et à l'assistance de ces malades qu'on doit ces travaux notoires qui ont bravé le temps et fait connaître son nom dans tous les milieux psychiatriques.

Après lui, pourtant, l'enseignement psychiatrique universitaire périclita à Gand, et ce n'est qu'après-guerre qu'un neuro-psychiatre de carrière, le Professeur Crocq, fut nommé à cette chaire que Guislain avait illustré. Peu de temps après, il fut frappé par la maladie, en pleine réorganisation de son enseignement, et remplacé par le D<sup>r</sup> Hamelinck, décédé il y a un an, auquel vient de succéder le D<sup>r</sup> Nyssen.

Le professeur de psychiatrie de l'Université de Gand ne possède actuellement pas de service clinique. Il choisit les malades nécessaires à son enseignement parmi ceux de l'Hospice Guislain. Si cet enseignement est, sans doute, suffisant pour donner aux futurs médecins une idée générale de la médecine mentale, il ne peut atteindre son but principal qui est de former de jeunes psychiatres et il prive le professeur de psychiatrie du contact journalier avec le malade mental, qui est indispensable à son propre développement. On peut pourtant compter sur l'activité du nouveau titulaire de la chaire de psychiatrie pour faire aboutir un projet qui est dans l'air et qui lui donnerait la possibilité d'enseigner dans un service urbain d'admission dont il serait le chef médical.

De même, le professeur de psychiatrie de l'Université de l'Etat de Liège ne peut enseigner dans un service qu'il dirige. Le Professeur Divry, qui a succédé au Professeur Francotte, emprunte les malades qui lui sont nécessaires pour sa clinique au Sanatorium Sainte-Agathe pour les femmes, où se trouve l'auditoire universitaire, des laboratoires et la bibliothèque, et au Sanatorium de la rue Volière pour les hommes. Ce régime, en soi défectueux, n'a pas empêché la formation d'une importante équipe de neuro-psychiatres liégeois qui ont déjà donné des travaux remarquables d'anatomo-pathologie, de neurologie et de psychiatrie expérimentale.

L'Université catholique de Louvain possède en propre son service de psychiatrie. Dans la vaste propriété que lui avait léguée le Comte Spoelbergh de Lovenjoul, elle a bâti et organisé, avec l'assistance des sœurs de la Charité, un grand hôpital psychiatrique qui peut être considéré comme le modèle du genre. Ses bâtiments peuvent contenir plus de 700 malades femmes dont une centaine de pensionnaires. Le titulaire de la chaire de

psychiatrie, le Professeur D'Hollander, en est le médecin en chef. Il peut donc y organiser un enseignement clinique journalier, au lit du malade, et former ainsi de jeunes psychiatres rompus à toutes les difficultés de la pratique psychiatrique. Dans un pavillon séparé, se trouvent l'auditoire universitaire, la bibliothèque et des laboratoires particulièrement bien organisés. Il en est sorti d'importants travaux d'anatomie normale et pathologique du cerveau, notamment chez les vieillards et dans la démence précoce.

L'Université de Bruxelles, enfin, a pu organiser, dans des conditions tout à fait favorables, son enseignement psychiatrique grâce à l'aide de la Commission d'Assistance publique de la Ville. Jusqu'en 1931, un Asile-Dépôt annexé à un des hôpitaux de la ville, aujourd'hui désaffecté, servait de lieu de passage pour les malades mentaux recueillis sur le territoire de la ville et de clinique universitaire. Les Professeurs Joseph Desmeth, Jean de Bœck et A. Ley, actuellement inspecteur général des établissements pour malades mentaux, se succédèrent à la chaire de psychiatrie et au poste de médecin en chef de ce service d'admission. Actuellement, ce service a été transféré dans un grand hôpital sub-urbain, l'Hôpital Brugmann, et sert de centre de triage et de diagnostic pour la population, non seulement de Bruxelles, mais encore de 18 communes environnantes. Un millier de malades y passent par an, soit dans le service fermé, soit dans le premier service ouvert pour malades indigents qui y a été créé, et environ 600 consultations externes, pour malades restés chez eux ou y retournés, y sont données par mois. Ce riche matériel clinique peut y être vraiment étudié sous toutes ses faces grâce à la collaboration de tous les services généraux et de spécialités, des laboratoires et des centres de recherches qui constituent ce vaste hôpital. Le service de psychiatrie lui-même, qui comprend 110 lits (70 pour le service fermé et 40 pour le service ouvert), répartis également pour les hommes et pour les femmes, possède un auditoire universitaire, une bibliothèque et des laboratoires de bio-chimie clinique et de psychopathologie. C'est dans ces deux sens surtout que s'y poursuivent actuellement des recherches.

Avec le Service de psychiatrie annexé à l'Hôpital de Stuyvenberg, à Anvers, l'Institut de psychiatrie de l'Hôpital Brugmann constitue le type des *centres psychiatriques urbains* qui devraient être créés dans les grandes villes du pays. Annexés à de grands hôpitaux et bénéficiant de tous leurs moyens d'investigation, ils constitueraient, à relativement peu de frais, des centres à la fois

de triage pour tous les malades de la ville et de traitement pour les cas aigus. Ils pourraient ainsi conserver dans leur milieu des malades rapidement curables et répartir les autres dans les établissements psychiatriques qui leur conviennent particulièrement, après les avoir examinés par des moyens d'investigation que la plupart des établissements psychiatriques ne peuvent posséder. Après Bruxelles et Anvers, ce sont Gand et Liège, comme villes universitaires, qui devraient, les premiers, créer ces centres psychiatriques urbains qui rendraient les plus grands services, tant au point de vue de la pratique que de l'enseignement universitaire.

*Les établissements psychiatriques* sont au nombre d'une cinquantaine, répartis très inégalement sur l'étendue du pays. Ils hospitalisent environ 24.000 malades et infirmes mentaux qui représentent près des 3 % de la population.

Ces établissements, sauf en ce qui regarde les malades mentaux délinquants, ne sont actuellement pas spécialisés. Il n'y a pas d'établissements spéciaux pour alcooliques, pour épileptiques, etc. Chacun d'entre eux reçoit, suivant ses places disponibles, tous les types de malades. L'accroissement rapide du nombre des malades mentaux, au cours des années d'après-guerre, a du reste créé un difficile problème d'hospitalisation qui a absorbé toute l'attention et n'a pas permis, notamment aux centres psychiatriques urbains, de répartir leurs malades suivant leur type et de faire un choix parmi les établissements.

La tendance du projet de loi sur le régime des malades mentaux, qui est en cours d'élaboration, est pourtant de distinguer, en plus des services d'observation dont nous venons de parler et des services ouverts pour indigents, dont un seul existe actuellement à Bruxelles, les hôpitaux et colonies pour malades mentaux des hospices pour infirmes mentaux. Cette distinction semble être un premier pas vers la spécialisation des établissements psychiatriques qui pourraient faire ainsi à la fois une économie d'effort et d'organisation, et améliorer nettement leur efficacité dans le traitement et l'assistance du type de malades dont ils s'occuperaient exclusivement.

Quoi qu'il en soit, chaque établissement a encore actuellement à faire face à l'assistance de tous les types de malades, depuis les plus agités jusqu'aux plus calmes, depuis les plus égarés jusqu'aux plus lucides, depuis les plus grabataires jusqu'aux plus valides, depuis les plus aigus jusqu'aux plus chroniques. Il en résulte une dispersion d'efforts, une complication de locaux, une augmentation des moyens d'action qui n'est pas sans nuire à la bonne organisation de ces établissements.

Malgré cela, de sérieux progrès ont été réalisés et des mises au point judicieuses ont été faites. Tout d'abord, la plupart des établissements se sont aussi largement ouverts que possible et ont compris que, plus grande était l'apparence de la liberté, et mieux se faisait l'adaptation du malade à la vie hospitalière. D'autre part, malgré les difficultés de réalisation, les méthodes d'examen se sont perfectionnées et étendues, et la thérapeutique des cas aigus s'est généralisée et diversifiée. Il semble pourtant qu'il y ait encore beaucoup à faire dans ce domaine et qu'on n'y arrivera pleinement qu'en multipliant les services psychiatriques urbains annexés à des hôpitaux et les hôpitaux psychiatriques spécialisés.

Enfin, l'assistance s'est sensiblement modifiée. A la contrainte, puis aux longs alitements, au désœuvrement aussi des asiles, a succédé la thérapeutique par le travail. Nous avons connu la méthode de Simons par la Hollande et notamment par les belles réalisations ergothérapiques du Professeur Van der Scheer à Sandtpoort. Nous avons compris par là que le travail des malades, sans cesser d'être utilitaire et même profitable, ne devait pas viser uniquement ce but et, dès lors, ne devait pas s'adresser seulement aux malades capables d'un rendement convenable. Sans aller aussi loin que dans certains établissements allemands et hollandais où, parfois, plus de 90 % des malades travaillent plus ou moins de plein gré, certains de nos instituts ont pourtant largement profité de cet enseignement. L'atmosphère, chargé d'ennui, des anciens asiles, s'est ainsi transformée et on a gagné en collaboration active ce qu'on perdait heureusement en surveillance tracassière. Bien entendu, tout est loin d'être achevé dans ce domaine. Les locaux ne se prêtent pas toujours au travail, le nombre de travailleurs, est encore trop restreint, il y a surtout encore trop de distinction entre les malades qui travaillent et les surveillants qui croient qu'ils ne doivent rien faire, le côté économique du problème, tant pour le malade que pour l'établissement, n'est pas encore bien compris. Mais déjà, un autre esprit a pénétré dans les institutions. Leur spécialisation permettrait aussi une certaine spécialisation du type de travail qui achèverait de rendre celui-ci à la fois vraiment thérapeutique et utilitaire.

La création de *services ouverts*, accessibles aux malades de toutes les catégories sociales, achèverait de donner à ces institutions leur véritable cachet. Certes, cette innovation, qui ne saurait plus tarder, aura l'avantage d'éviter à beaucoup de malades mentaux les formalités administratives et juridiques



jugées, à juste titre, tracassières. Elle permettra ainsi de soigner précocement des malades que les inconvénients sociaux de ces formalités tiennent actuellement éloignés de tout traitement efficace. Elle permettra, de même, de soigner des états mentaux légers et sans caractère asocial qui bénéficieraient pourtant largement d'un repos temporaire dans de bonnes conditions hospitalières. Mais bien plus encore, la création de services ouverts amènerait une transformation profonde dans l'esprit des médecins psychiatres et du personnel des établissements psychiatriques. Le contact de malades, il est vrai plus exigeants, mais aussi plus conscients de ce qu'on fait pour eux, demanderait de la part de ceux qui les soignent une compréhension psychologique plus large et une plus grande souplesse d'adaptation, et des conditions de milieu et d'assistance plus rapprochées des conditions normales. Les malades des services fermés ne pourraient pas ne pas bénéficier de ce changement d'esprit et de méthode dont s'imprégneraient, par la force des choses, ceux qui les soignent.

C'est pourquoi la création, par la Ville de Bruxelles, d'un service ouvert à l'Hôpital Brugmann a été un très grand progrès et a tracé la voie à suivre dans l'avenir.

Il n'est pas possible, dans cet inventaire de notre armement psychiatrique, de passer sous silence nos *Colonies*. Celle de Gheel notamment a joué un rôle important, non seulement dans l'évolution de notre pays, mais également dans celle des autres. Par son régime hétéro-familial de semi-liberté, elle a permis de se rendre compte que le malade mental ne devait pas nécessairement être soustrait entièrement à la vie sociale ; et, d'autre part, que l'individu normal pouvait, sans crainte d'y perdre son propre équilibre, vivre avec lui, non seulement quelques heures par jour, comme dans un service d'asile, mais toute une vie familiale. La grande leçon de Gheel, à travers le temps, a été de maintenir, par le fait, la notion que le malade mental n'était jamais entièrement un « aliéné », que de larges contacts sociaux étaient possibles avec lui et que, loin de déchoir, l'individu normal pouvait, à son contact, acquérir une plus haute idée de son devoir social. Son exemple a pu ainsi servir de base à toutes les innovations tendant à donner au malade mental une assistance plus humaine et se rapprochant des conditions normales d'existence. Inconsciemment ou non, la plupart des novateurs, au cours du XIX<sup>e</sup> siècle, se sont imprégnés de son exemple et beaucoup sont venus sur place en méditer les conséquences.

Colonie à peuplement dense, Gheel a, actuellement, une popu-



lation de 3.400 malades des deux sexes. Elle représente le type à peu près intégral du régime hétéro-familial. L'infirmierie centrale ne peut, en effet, hospitaliser qu'une centaine de malades, encore en observation ou présentant un mauvais état physique, ou s'étant montrés inadaptables au régime familial. Le reste des malades, c'est-à-dire la presque totalité, est réparti dans la population villageoise ou rurale. Chaque section est dirigée par un médecin qui a, sous ses ordres, des infirmiers, Un service d'assistance sociale s'occupe des malades reclassables.

Le régime de l'autre colonie belge, celle de Lierneux, est assez différent et représente le type de colonisation de seconde main qui, par la force des choses, a été le plus généralement adopté dans les essais nouveaux de colonies familiales. La grande capacité d'absorption de Gheel et son adaptation à une large variété de malades, provient de sa création naturelle et de son évolution séculaire. Les colonies de création récente et voulue ne peuvent compter que sur une adaptation limitée de la population hospitalière. Les familles n'acceptent des malades que si ceux-ci ne sont ni dangereux, ni trop encombrants ; et aussi dans la mesure où ils peuvent être utiles. C'est pourquoi, à Lierneux, comme dans la plupart des autres colonies familiales récentes, l'hôpital psychiatrique, contenant toutes les catégories de malades, constitue l'élément principal du système. Le tiers seulement des malades, choisis parmi les plus sociables et les plus tranquilles, est placé chez l'habitant.

La Colonie de Gheel est régie par l'Etat depuis 1852. Celle de Lierneux a été organisée par la province de Liège. Tous les autres hôpitaux psychiatriques appartiennent à des ordres religieux. Les deux services psychiatriques urbains d'Anvers et de Bruxelles ont été créés par les Commissions d'Assistance publique de ces deux villes pour servir aux besoins de leur population. Il existe enfin quelques instituts privés, non religieux, pour malades payants.

Quel que soit le type de ces établissements, ils sont tous régis par une direction spéciale du Ministère de la Justice, qui exerce, par l'intermédiaire de ses inspecteurs médicaux et administratifs, une surveillance active. Les médecins de ces établissements sont nommés par l'Etat qui les rétribue par des prélèvements faits sur la journée d'entretien. L'hospitalisation des malades indigents est payée par un fonds spécial, dit « Fonds commun », auquel contribuent, dans une mesure variable, l'Etat, les provinces et les communes.

Enfin, le régime des malades mentaux est encore actuellement

réglé par la loi du 28 décembre 1873. Un projet de loi, remanié déjà plusieurs fois, est actuellement à l'étude et une Commission s'occupe à le mettre au point des nécessités modernes.

### L'HYGIÈNE MENTALE

Depuis que l'idée et l'action ont été lancées par son fondateur Clifford Beers, l'hygiène mentale a reçu, dans les cinquante-deux pays qui s'y sont intéressés, des acceptions très diverses.

Au point de vue des doctrines, tout d'abord. Pour les uns, et c'est sans doute l'idée primitive, l'hygiène mentale constitue la recherche des règles d'un bon fonctionnement psychique. Pour les autres, elle est essentiellement un code de prophylaxie mentale applicable à des individus qui, par prédisposition ou accident, sont déjà en état d'alarme psychique. Pour d'autres encore, et c'est certainement une conception vicieuse, elle est synonyme de pathologie mentale et aurait l'avantage de camoufler un terme déjà suspect à beaucoup.

Au point de vue de son action, également, les divergences sont grandes de pays à pays. Certaines ligues d'hygiène mentale se contentent de faire de la propagande par la plume et par la parole. D'autres servent d'agent de liaison et de coordination entre des œuvres préexistantes et dont l'action peut servir à la prophylaxie mentale. D'autres sont à la remorque de mouvements politiques et ont une action dirigée. D'autres enfin sont orientées vers une activité directe et, tout en utilisant tous les moyens de la propagande, comptent surtout sur l'action des dispensaires d'hygiène mentale.

En Belgique, c'est vers la prophylaxie mentale que s'est orienté tout l'effort de la Ligue et son action s'est concrétisée d'emblée dans un sens pratique, par la création de dispensaires d'hygiène mentale.

Il semble bien que le Belge, profondément individualiste, n'accepte encore qu'avec circonspection les règles et mesures qui atteignent l'exercice de sa vie normale. Bien entendu, les règles d'hygiène physique, ou tout au moins les plus nécessaires d'entre elles, sont acceptées et, dans l'ensemble, appliquées. Mais les règles d'hygiène mentale l'intéressent encore peu et pourraient même le mettre en méfiance. Pourtant déjà, au point de vue éducatif, et par le truchement de l'enfant, la question prend corps et les idées se propagent.

Par contre, la prophylaxie mentale, dans ce qu'elle a de préventif et même déjà de curatif, a d'emblée reçu l'adhésion des

médecins et du grand public. Quelques pionniers, parmi lesquels il faut citer tout spécialement le Professeur A. Ley et les D<sup>rs</sup> L. Vervaeck, E. de Craëne et M. Alexander, fondèrent en 1923 la Ligue Nationale belge d'Hygiène mentale. L'année suivante, elle organisait à Bruxelles son premier dispensaire d'hygiène mentale, donnant ainsi, dès le début, une orientation active et pratique à son mouvement. Actuellement, la Ligue a fondé plusieurs sections locales et créé des dispensaires d'hygiène mentale dans onze villes du pays. L'autonomie de ces sections régionales et de ces dispensaires est assez grande et l'organisation répond plus aux nécessités et aux convenances locales qu'à un plan d'action centralisé. Certains de ces dispensaires s'occupent surtout des adultes, d'autres des enfants, d'autres encore des anciens malades mentaux sortis des asiles, d'autres enfin des délinquants anormaux « internés » par application de la loi de défense sociale.

Le premier en date et le plus important de ces dispensaires est celui de Bruxelles. Logé, par les soins de la Croix-Rouge de Belgique, dans les locaux du « Centre de Santé », il bénéficie également de l'action des divers organismes qui en font partie. Il peut ainsi utiliser, pour les besoins de ses consultants, les divers services d'investigation médicale qui y sont rassemblés.

Il est divisé en deux grandes consultations : une pour adultes et une pour enfants. Chacune a une section spéciale pour les anormaux délinquants. 7 médecins spécialistes collaborent à son activité qui se développe d'année en année. En 1935, il a été donné 4.014 consultations et 649 malades nouveaux se sont présentés. La plupart des malades viennent spontanément au Dispensaire. D'autres sont envoyés par l'hôpital psychiatrique qu'ils viennent de quitter, les infirmières visiteuses, le personnel enseignant, ou encore par le juge des enfants ou les commissions de défense sociale.

Les charges que le Dispensaire assume ainsi sont très variées. Pour les uns, il s'agit surtout d'aide et de protection morale et matérielle ; pour les autres, d'orientation vers telle ou telle œuvre ; pour d'autres encore, de soins physiques ou de psychothérapie ; pour d'autres, de surveillance et de défense sociale.

Toute cette action prophylactique doit être basée sur connaissance large du sujet. Dès lors, à côté de l'état physique et mental, une place importante doit être faite à l'état social et aux conditions de milieu. Pour l'enfant, il faut y joindre les examens mentaux et pédagogiques, l'examen du langage et de la motricité, l'examen du caractère. Chacun de ces examens demande la connais-

sance de techniques spéciales et doit être confié à des personnes rompues à ce genre de recherches.

Le travail d'investigation devient ainsi un travail d'équipe auquel collabore une série de spécialistes. L'ensemble de ces données est recueilli et interprété par le médecin qui en tire les conclusions pratiques. C'est alors seulement que commence l'action du dispensaire : l'action personnelle du médecin revoyant périodiquement le malade, le guidant, le conseillant, le réconfortant ; et aussi l'action plus directe des infirmières visiteuses et assistantes sociales attachées au Dispensaire qui assistent aux consultations et vont visiter le malade à domicile, faire pour lui les démarches, compléter les enquêtes. En 1935, plus de 2.400 démarches et enquêtes de ce genre ont été faites par le personnel du dispensaire de Bruxelles.

Ainsi compris, le dispensaire d'hygiène mentale constitue vraiment un poste de secours de psychiatrie planté en pleine vie sociale. Il n'a que des attaches lointaines avec les institutions hospitalières et garde, pour celui qui y vient, un air d'indépendance et d'activité privée qui le rassure et le met en confiance. Son action reste purement persuasive et se développe uniquement sur le plan de l'aide sociale. Elle n'en est que plus efficiente et prend un aspect de collaboration qui intervient, pour une bonne part, dans son efficacité.

Quoiqu'ayant, avant tout, marqué son caractère pratique par la création de dispensaires, la Ligue Nationale de l'Hygiène mentale, n'a pas, pour cela, négligé de faire l'éducation du grand public. De nombreuses conférences sont données et des tracts sont distribués.

De plus, des sections d'études ont été créées. Deux d'entre elles sont particulièrement actives. C'est, tout d'abord, la section de l'Enfance anormale, qui a mis sur pied un nouveau projet de loi concernant l'enseignement spécial et étudie chaque année une question ayant trait à l'enfance anormale ou délinquante. C'est également la section de prophylaxie criminelle qui, dans diverses sous-commissions, a abordé l'étude de la lutte contre la dégénérescence, de l'action eugénique, de la lutte contre les causes sociales de la criminalité, de l'organisation de l'assistance aux délinquants, aux anormaux et aux malades mentaux.

La Ligue Nationale belge d'Hygiène mentale semble ainsi avoir réellement abordé de front quelques-uns des grands problèmes théoriques et pratiques qui se posent à elle et s'être organisée de manière à leur donner une solution aussi adéquate que possible.

## L'ENFANCE ANORMALE

On a pu assez justement intituler notre siècle commençant le « siècle de l'enfant ». Dans tous les pays, un intérêt puissant s'est manifesté pour les problèmes multiples que pose l'enfant : problèmes psychologiques, problèmes physiques et hygiéniques, problèmes éducatifs, problèmes pathologiques. Des lois protectrices de l'enfance ont été élaborées, des études scientifiques ont été entreprises en grand nombre, des œuvres d'assistance ont été créées. Le grand public s'est lui-même intéressé d'emblée à tout ce qui regardait l'enfance et, partout, ce sont les œuvres qui s'en occupent qui sont les plus vivantes et les mieux soutenues par l'ensemble de la population.

En Belgique, tout spécialement, tout ce qui concerne l'enfance a toujours été en particulière faveur. Mais il est certain que le mouvement d'opinion et d'intérêt, qui se continue encore actuellement, malgré la dureté des temps, et qui ne fait que s'intensifier, n'a pu gagner cette ampleur que grâce à des hommes qui en ont saisi toute l'importance et qui lui ont, dès lors, consacré le meilleur de leur effort.

Ce sont à des hommes d'Etat comme J. Lejeune, M. Carton de Wiart, et M. Vandervelde, des juristes comme M. Wets, juge des enfants, des pédagogues comme Nyns, Sluys, Smelten, et surtout des médecins comme les regrettés O. Decroly et F. Boulenger, et les Professeurs Demoor et A. Ley, qu'on doit, dès la fin du xix<sup>e</sup> siècle, le mouvement méthodique en faveur de l'enfance en général, et plus spécialement en faveur de l'enfance anormale et malheureuse.

Des lois ont consacré ces efforts et leur ont donné une sanction officielle. C'est, tout d'abord, la loi du 14 juin 1920 qui sépare nettement *l'enfant anormal* du malade mental. Avant elle, une loi commune réglait l'assistance et le placement de l'un et de l'autre. Depuis lors, l'enfance anormale possède son statut propre. On n'est plus astreint à la formalité inutile et vexatoire de la collocation (internement) et un fonds spécial, le fonds commun, alimenté en parts inégales par l'Etat, les provinces et les communes, prend à sa charge les frais d'entretien et d'éducation. Enfin, un arrêté royal du 18 octobre 1921 consacre définitivement la séparation, en fait déjà menée à bonne fin, des institutions pour malades mentaux et pour enfants anormaux. D'autre part, la loi sur l'enseignement du 19 mai 1914 imposait l'obligation scolaire générale. Cette loi ne pouvait rester unilatérale et ne créer des obligations que pour l'enfant et sa famille. Elle devait



être comprise comme imposant aussi à l'école l'obligation d'adapter son enseignement à toutes les catégories d'enfants puisqu'aucune distinction, à peu d'exceptions près, n'était faite dans l'imposition de la fréquentation scolaire.

Là encore, comme dans la plupart des domaines, les réalisations partielles avaient précédé la réglementation et l'avait permise. Dès 1897, la ville de Bruxelles avait ouvert ses premières classes d'enseignement spécial. L'année suivante, Anvers inaugurerait une école autonome pour la même catégorie d'enfants.

La loi organique de l'enseignement primaire du 18 octobre 1921, amendée par la loi du 25 mars 1931, vint consacrer cet état de fait et lui donner une expansion nouvelle. Par son article 14, elle déclarait que « là où l'importance de la population le permet, les communes sont tenues d'organiser des classes pour élèves retardataires et des classes spéciales pour enfants anormaux ». Par son article 2, elle étend l'obligation scolaire pour les enfants anormaux éducatibles jusqu'à 16 ans. Cette prolongation ne se fait pourtant pas d'office, elle est individuelle et sera décidée dans chaque cas par arrêté ministériel sur proposition du chef d'école, le médecin scolaire entendu.

Il ne peut entrer, dans le cadre de cet exposé général, de décrire les institutions qui s'occupent actuellement en Belgique de l'assistance aux enfants anormaux. Il suffira, pour en comprendre les grandes lignes, de préciser le fonctionnement général de cette assistance. Elle présente plusieurs degrés qui s'adaptent à des degrés correspondants de déficience mentale.

Récemment encore, on admettait qu'un enfant arriéré ne pouvait être bien éduqué qu'en internats et tout le perfectionnement visait à multiplier et à améliorer ceux-ci. L'intérêt porté à des catégories de plus en plus légères d'inadaptés scolaires a amené un changement assez complet dans cette manière de voir. De plus en plus, on se rend compte de l'importance qu'il y a à maintenir, autant que faire se peut, l'enfant arriéré dans son milieu familial et dans la vie sociale ordinaire. L'internat donne toujours, et quoi qu'on fasse, une éducation en vase clos qui ne devrait être appliquée que lorsque le milieu familial est nettement insuffisant. Mais, pour pouvoir maintenir l'enfant déficient en famille, il faut lui assurer les avantages de l'internat. Et c'est là la grande difficulté. On ne peut dire qu'elle soit surmontée, en Belgique, mais on est tout au moins sur la voie et certains centres ont déjà pu appliquer des formules satisfaisantes qui pourraient être généralisées.

Les conditions sont de trois ordres : assurer à ces enfants

restés dans leurs familles : 1° une assistance médicale par des médecins spécialisés en neuropsychiatrie infantile ;

2° un enseignement spécial convenablement adapté à leurs capacités intellectuelles réduites ;

3° une assistance sociale capable de les aider dans la vie, d'aplanir leurs difficultés avec leur famille et les milieux sociaux dans lesquels ils pénètrent, de les seconder dans l'exercice de leur métier.

A l'heure actuelle, les conditions médico-sociales du 1° et du 3° sont assumées presque exclusivement par les dispensaires d'hygiène mentale infantile répartis dans le pays.

Avant leur création, en 1927, existaient déjà quelques consultations médico-pédagogiques telles que celles de la province du Brabant dirigée par le D<sup>r</sup> Boulenger et la consultation privée du D<sup>r</sup> Decroly. Mais elles avaient surtout un caractère de triage et de traitement.

Les dispensaires d'hygiène mentale infantile ont eu le mérite de placer le problème sur son vrai terrain médico-social. Ce qu'ils cherchent c'est de conserver l'enfant dans son milieu naturel tout en lui assurant toute l'assistance physique, matérielle et morale dont il a besoin. Ajoutons que la plupart du temps, par delà l'enfant, on atteint ainsi la famille, et que bien des milieux, qui semblaient mauvais et peu propres à assumer la garde d'un enfant, déjà inadapté par lui-même aux difficultés de la vie, ont pu être améliorés dans de notables proportions.

Pour remplir cette tâche délicate le dispensaire doit tout d'abord connaître de façon aussi précise que possible toutes les capacités et les incapacités physiques et psychiques de l'enfant. Un bon examen général et spécial est donc à la base de son action sociale.

Au Dispensaire d'Hygiène Mentale de Bruxelles, que nous prendrons comme exemple, l'examen est très fouillé. Il est abordé, en un travail d'équipe, par des personnes spécialisées chacune dans un type d'investigation déterminée. C'est au médecin, qui doit être un neuropsychiatre rompu à toutes les disciplines que pose le problème de l'enfance anormale, que revient naturellement la charge de l'examen somatique général et de l'examen neurologique. C'est à lui surtout que reviendra la charge de collectionner tous les documents et de leur donner une sanction thérapeutique ou d'assistance. Les autres investigations sont faites au cours de consultations successives, par des personnes spécialisées dans les examens mentaux, pédagogiques, moteurs, caractériologiques. De plus l'infirmière visiteuse ou l'assistante sociale entament immé-

diatement une enquête familiale pour déterminer les conditions de milieu dans lesquelles vit l'enfant.

Il devient, dès lors, facile, dans la plupart des cas, de déterminer la ligne de conduite à suivre. Le traitement physique est institué, s'il y a lieu ; l'enfant est orienté vers l'enseignement ou l'institution qui lui convient ; une assistance familiale et sociale, variable suivant le cas, est instituée.

C'est là un système très convenable et qui serait tout à fait satisfaisant s'il était suffisamment étendu. Il faudrait notamment qu'il y ait une clinique d'hygiène mentale par groupe scolaire de trois ou quatre écoles groupant 1.500 à 2.000 enfants qui pourraient ainsi être suivis presque individuellement.

Ce système d'assistance externe avec maintien de l'enfant dans la famille, ne peut être dûment applicable que si l'enseignement spécial, adapté à la mentalité de ces enfants, peut leur être donné.

Malgré l'obligation imposée par la loi et l'effort déjà considérable de certains centres urbains, les réalisations sont encore, dans ce domaine, tout à fait insuffisantes.

Deux méthodes, ayant chacune leurs avantages et leurs inconvénients, sont préconisées. Celle des écoles autonomes d'enseignement spécial groupe dans une même école, ayant tous les degrés d'enseignement spécialisés, les enfants retardataires d'une commune ou d'une ville. C'est le système adopté notamment par la ville d'Anvers qui possède deux écoles autonomes de ce genre, situées dans deux centres opposés de la ville, et par la commune d'Anderlecht-lez-Bruxelles (Ecole Jardin). Un service automobile assure matin et soir l'accès de l'école aux enfants habitant les quartiers éloignés de la commune. L'autre système a l'avantage de moins distinguer les enfants arriérés et de leur assurer un enseignement parallèle à celui des enfants normaux. Il est réalisé à Bruxelles dans certaines grandes écoles par le dédoublement de tout l'enseignement en classes fortes et classes faibles parallèles et, pour les plus retardataires, en classes spéciales à plusieurs degrés. Ces classes n'étant désignées que par des lettres (A. B. C.) le passage de l'une à l'autre se fait sans même éveiller la méfiance des parents.

Pour l'ensemble du pays, il y a actuellement 80 classes d'enseignement spécial organisées. C'est bien insuffisant encore et il y aurait lieu de s'inquiéter si chaque jour presque on ne voyait telle ou telle commune se rendre mieux compte des nécessités et organiser son enseignement spécial.

Il est évident que, malgré cet effort, pour donner sur place, à

l'enfant arriéré toute l'assistance dont il a besoin, les internats médico-pédagogiques restent et resteront toujours une nécessité. Mais à mesure que se développera une assistance sociale adéquate, les internats seront de plus en plus réservés aux enfants profondément déficients et à ceux qui n'ont plus de famille ou dont la famille est nettement insuffisante. Il y a actuellement 21 internats pour enfants anormaux en Belgique hospitalisant 3.687 enfants. Il faut signaler, comme particulièrement bien adaptées à leur tâche, des institutions comme la Ferme-Ecole de Waterloo, dépendant de la province du Brabant, l'Institut Sainte-Elisabeth à Rixensart et l'Institut médico-pédagogique St-Joseph à Swynaerde-les-Gand. Elles s'occupent uniquement d'enfants éducatibles et susceptibles de bénéficier d'un enseignement primaire réduit et d'un enseignement professionnel. D'autres institutions sont réservées aux semi-éducables, pour qui des mesures de garde et d'assistance physique sont surtout nécessaires.

Sous le terme générique d'enfants anormaux, on comprend, non seulement les déficients mentaux dont nous nous sommes occupés jusqu'à présent, mais aussi les enfants présentant des *troubles du caractère* plus ou moins graves, les enfants psychopathes, comme on les appelle dans d'autres pays.

On s'est relativement peu occupé d'eux, jusqu'à présent, malgré le vif intérêt qu'ils présentent, tant au point de vue doctrinal que pratique. L'étude des troubles du caractère ouvre, en effet, des aperçus intéressants sur les causes organiques, psychologiques et sociales des psychopathies. Elle montre chez l'enfant la conjonction de ces causes et souvent leur sommation. Loin d'aboutir au fatalisme qui était de mode en ces matières, il n'y a pas bien longtemps encore, elle conduit, au point de vue pratique, à mettre en lumière l'importance de l'éducation bien comprise. Elle laisse entrevoir, par le fait même, l'importance prophylactique du traitement et de l'assistance dans ces cas. Beaucoup de ces enfants, si on n'intervient pas, feront dans la suite des troubles mentaux dont les mobiles déclanchants ne pourront plus être atteints. Beaucoup plus encore, aboutiront, dans un avenir immédiat, à l'inadaptation sociale grave et à la délinquance. Et pourtant, lorsqu'on examine de près ces cas, on a l'impression qu'il faut souvent peu de choses pour rétablir la situation et qu'une aide judicieuse, apportée au bon moment, peut encore tout arranger.

Ici encore, le dispensaire d'hygiène mentale peut jouer un rôle important. Actuellement, celui de Bruxelles réserve une section spéciale à l'étude et au traitement de ces enfants. Il y faut beau-



coup de tact et de compréhension, une atmosphère morale qui entraîne la collaboration de l'intéressé et la confiance de sa famille et surtout une bonne assistance sociale, à la fois persévérante et discrète, qui puisse, dans le milieu familial même, rétablir l'ordre et l'équilibre dérangés. Rien que l'introduction d'un tiers, que l'on sent expérimenté et objectif, suffit souvent à amener une orientation plus normale et à éviter les pires conséquences.

Mais parfois, cela n'est pas suffisant, soit que les troubles du caractère de l'enfant soient trop personnels ou trop graves, soit encore que le conflit familial soit arrivé à une phase trop aiguë pour que tout puisse encore s'arranger par une simple intervention étrangère. Il faudrait alors pouvoir hospitaliser, ne fût-ce que pour un temps assez court, l'enfant, de façon à laisser le temps à tous de reprendre un calme nécessaire.

Alors que les institutions pour enfants déficients ont été multipliées, peut-être au détriment d'une assistance médico-sociale qui reste possible dans la majorité des cas, les institutions pour enfants psychopathes manquent totalement. On en est réduit, dans les cas extrêmes, à utiliser les institutions pour enfants délinquants et, de ce voisinage, ni les uns ni les autres n'ont à gagner. Il existe pourtant, à Bruxelles, des homes de semi-liberté qui pourraient convenir plus ou moins à cet office en attendant la création de centres de rééducation spécialement adaptés à cette catégorie d'enfants.

En ce qui concerne l'enfance délinquante, la Belgique est mieux armée. On peut même dire que c'est un des domaines où elle a le mieux mis en pratique les idées modernes en cette matière. La législation en fut précoce et déclancha toute une série d'innovations importantes, que la pratique a sanctionnées. La loi sur la protection de l'enfance, promulguée le 15 mai 1912, institua, dès cette date, des tribunaux d'enfants, fonctionnant d'une manière toute différente des tribunaux d'adultes et dépouillés de tout l'appareil judiciaire d'usage. Tous les délinquants de moins de 16 ans et ceux de 16 à 18 ans, ayant commis des délits de mendicité, vagabondage, inconduite et indiscipline, y sont déférés. Un juge unique décide des mesures à prendre pour le bien de l'enfant. Le système répressif est remplacé par des mesures de garde, d'éducation et de préservation. La notion du discernement n'est plus soulevée par le magistrat et le principe de la chose jugée, en matière de décisions judiciaires, ne s'applique plus aux mineurs : le juge peut modifier ou rapporter, en tous temps, les mesures prises.



L'article 23 (chapitre II) de la loi établit l'expertise médicale qui n'est malheureusement pas rendue obligatoire. « Si le juge a un doute quant à l'état physique ou mental du mineur, il peut le placer en observation et le soumettre à l'examen mental d'un ou de plusieurs spécialistes. » Cette expertise mentale est pourtant appliquée dans tous les cas pour les mineurs délinquants de l'agglomération bruxelloise, grâce à l'initiative hautement compréhensive du juge des enfants, M. Wets. Cet examen, qui ne comporte pas d'hospitalisation, est forcément assez restreint, étant donné le nombre de ces enfants, et c'est dommage. Il comporte pourtant, en plus de l'examen physique méthodiquement mené, un examen mental fait au moyen des méthodes objectives actuellement bien connues.

Tel qu'il est pratiqué, cet examen se révèle suffisant pour faire une sélection capable d'orienter le juge vers les mesures les plus opportunes à prendre et éviter les grosses erreurs d'assistance. Il serait fort désirable que, malgré leur insuffisance, des centres d'examen médico-mental infantile du même genre soient institués dans les 56 cantons judiciaires du pays. Mais il y a de grosses difficultés à les organiser partout et à trouver sur place les médecins spécialisés dans ce sens.

Pour les cas complexes et dont l'examen demande une observation approfondie et prolongée, on a créé les écoles d'observation de Moll pour les garçons, de Saint-Servais-les-Namur pour les filles. L'observation du jeune délinquant y est faite d'abord en régime cellulaire, afin d'étudier les réactions personnelles de l'enfant, puis en régime collectif, pour observer ses réactions inter-psychologiques. Elle porte surtout sur l'étude du caractère et du comportement psycho-social de l'enfant. La plupart des cas d'arriération mentale simple ne posent, en effet, pas des problèmes assez complexes pour nécessiter l'envoi dans un centre d'observation.

D'après le même article 23, qui l'autorise à provoquer une expertise mentale, le juge peut également, « si cette expertise médicale établit un état d'infériorité physique ou mentale rendant l'enfant incapable du contrôle de ses actions..., ordonner qu'il soit mis à la disposition du gouvernement pour être placé dans un asile ou un établissement spécial approprié à son état ».

En dehors des établissements pour enfants anormaux qui peuvent recevoir les jeunes délinquants arriérés mentaux, il existe des établissements de rééducation. Les principaux d'entre eux sont, pour les garçons, les établissements d'éducation de Saint-Hubert, de Ruyssede et de Moll, pour les filles de Saint-

Servais. Une vingtaine d'autres établissements reçoivent des « enfants du juge » qui n'ont pas besoin d'un régime aussi spécialisé.

Enfin, la loi sur la protection de l'enfance, article 25, prévoit que « les mineurs qui... n'ont pas été placés dans un établissement de l'Etat ou en sont sortis, sont placés, jusqu'à leur majorité, sous le régime de la liberté surveillée ».

Cette liberté surveillée comporte, elle-même, des degrés. Pour les enfants qui ont besoin d'une surveillance encore active ou dont le milieu familial n'est pas suffisant, un placement est décidé dans un home de semi-liberté. Il y a plusieurs de ces homes dans les grandes villes. Les enfants y vivent le régime de l'internat mitigé. Ils sortent pour aller à l'école et, s'ils sont plus grands, pour faire leur apprentissage. Mais ces sorties sont contrôlées et leur comportement continue à faire, tant dans l'institution qu'au dehors, l'objet d'une observation constante. Quand tout va bien, les plus grands peuvent même être placés chez les personnes qui les occupent et ne revenir au home, comme ils le feraient dans leur famille, que lors de leurs congés.

Pour les autres, c'est le maintien en famille sous la surveillance de délégués à la protection de l'enfance. Ces délégués exercent, pour la plupart, bénévolement ces fonctions délicates et assez absorbantes. A Bruxelles, 442 délégués collaborent à l'œuvre de réadaptation psycho-sociale que dirige le juge des enfants. De plus, le juge des enfants de Bruxelles a pris l'initiative de demander, pour ceux de ces enfants qui présentaient des anomalies de l'intelligence ou du caractère, la collaboration du dispensaire d'hygiène mentale. Ce dernier aide ainsi les délégués dans leur tâche difficile et leur apporte à la fois l'appui de l'autorité et de l'expérience du médecin spécialisé qui est préposé à cette fonction.

L'assistance et la réadaptation sociale de l'enfant délinquant sont ainsi dégagées, autant que faire se peut, de l'appareil judiciaire et se placent, non plus sur le plan de la répression, mais sur celui de la rééducation progressive et échelonnée.

#### LES DÉLINQUANTS ANORMAUX

C'est là encore une des questions qui a fait le plus de progrès pratiques en Belgique et les réformes apportées par la loi de défense sociale du 9 avril 1930 a suscité un grand intérêt dans la plupart des pays. Ce n'est pas trop dire que cette expérience hardie servira, dans l'avenir, de base à la plupart des réformes

juridiques et pénitentiaires. Mais encore une fois, tout n'a pas été créé par la loi qui, pour une bonne part, n'est venue que sanctionner un état de fait déjà existant. Grâce aux efforts d'éminents hommes d'Etat, depuis J. Lejeune, qu'il faut toujours citer dans ces domaines, jusqu'à M. Vandervelde, grâce aussi aux efforts et aux démonstrations péremptoires de médecins parmi lesquels il convient de citer, en tout premier rang, le D<sup>r</sup> L. Vervaeck, l'organisation pénitentiaire s'était déjà notablement modifiée.

L'organisation de laboratoires d'anthropologie criminelle dans les prisons mêmes avait permis de se rendre compte de la situation exacte de la plupart des délinquants. A la période lombrosienne, qui avait surtout une valeur doctrinale et suscita, comme il se doit, une période réactionnelle non moins intransigeante, succéda, au début du siècle, un esprit plus éclectique et orienté moins vers les doctrines que vers les méthodes.

Abandonnant les discussions théoriques, on s'orienta davantage vers l'étude du délinquant en lui-même, basée sur la connaissance de son hérédité, de sa personnalité psycho-biologique et de son milieu social. La création, à la prison de Forest (Bruxelles) d'un laboratoire d'anthropologie criminelle permit au D<sup>r</sup> Vervaeck d'examiner un grand nombre de délinquants et de consigner, dans des dossiers très complets, ses observations. Cette importante documentation permit, sans idées préconçues, de constater, tout d'abord, le grand nombre d'anormaux qui existaient parmi les délinquants. Elle permit ensuite de les sérier suivant quelques grands types et de réclamer pour eux les modes d'assistance pénitentiaire qui leur convenait.

C'est ainsi que purent être créées les annexes psychiatriques qui constituaient, dans chacune des grandes prisons, un centre d'observation des délinquants soupçonnés d'anormalité, et donnait également au médecin expert la possibilité de statuer, dans de bonnes conditions, sur l'état du prévenu.

C'est ainsi également que certaines prisons furent transformées et adaptées à des types spéciaux de délinquants. Nous citerons : la prison pour épileptiques et déficients mentaux de Merxplas, à laquelle fut ajoutée une section sanatoriale pour tuberculeux ; le quartier pour anormaux difficiles de la prison de Gand ; les prisons-écoles pour jeunes délinquants de 16 à 21 ans de Gand et de Merxplas ; les asiles pour aliénés criminels de Tournai et Reckheim pour hommes, de Mons pour femmes.

La loi dite de défense sociale du 9 avril 1930 vint sanctionner cet état de chose et donner une impulsion nouvelle à ces efforts

d'assistance pénitentiaire. Tombait sous le coup de la nouvelle loi « tout inculpé en état de démence ou dans un état grave de déséquilibre mental ou de débilité mentale le rendant incapable du contrôle de ses actions ». La loi supprimait du même coup la notion de responsabilité et facilitait d'autant la tâche des médecins experts. Elle s'adressait en même temps aux récidivistes et permettait ainsi de solutionner, de façon adéquate, ce difficile problème social. L'expertise demandée par le juge peut se faire au dehors si l'inculpé est en liberté, ou à l'annexe psychiatrique de la prison s'il est sous mandat d'arrêt.

Si l'expert conclut à la démence, au déséquilibre ou à la débilité mentale graves et que ses conclusions sont admises par le juge, ce dernier prononce l'internement du délinquant et en fixe la durée à 5, 10 ou 15 ans. Dès ce moment, toute juridiction criminelle est terminée et « l'interné » passe sous un contrôle d'un caractère différent et tout nouveau.

La loi a décidé, en effet, que tout interné dépendait d'une Commission de défense sociale constituée d'un magistrat désigné par le Président de la Cour d'Appel du ressort, d'un avocat désigné par le Ministre de la Justice et d'un médecin psychiatre qui est le médecin de l'annexe psychiatrique de la prison où se réunit la Commission.

Les attributions de cette Commission sont très larges et elle peut pratiquement prendre toutes les dispositions qui lui semblent opportunes. Ses décisions sont prises à huis clos et leur exécution est immédiate. Elle peut se faire assister par des personnes d'œuvre, le médecin du malade, etc., qui sont éventuellement consultés. Elle a, en tout premier lieu, à décider du placement de l'intéressé. Plusieurs types d'établissements sont possibles. Ce sont, tout d'abord, les instituts psychiatriques pour malades mentaux et anormaux difficiles et dangereux de Tournai pour les hommes et de Mons pour les femmes. Ces malades y sont l'objet d'une surveillance spéciale et un quartier de sûreté y est organisé pour les malades très dangereux. Par contre, les malades améliorés peuvent être envoyés à la Colonie de Reckheim où le travail et l'assistance sont organisés en vue de la réadaptation sociale du malade. Ce peuvent être, également, les sections médico-pédagogiques pour débiles mentaux de la prison de Gand pour les hommes, de Forest pour les femmes. Ces débiles y reçoivent une assistance assez élargie, où la journée est divisée en heures de travail manuel et pédagogique en vue d'une réadaptation possible de ces sujets.

Ce peuvent être, enfin, les sections psychothérapeutiques pour



déséquilibrés et récidivistes organisées à Merxplas pour les hommes et à la prison de Forest pour les femmes.

Mais la Commission peut encore décider n'importe quel autre placement qui lui semblerait opportun et, par exemple, le séjour dans une clinique psychiatrique libre sous la responsabilité du médecin traitant.

C'est encore la Commission qui décide du changement des mesures prises et de la réintégration d'un interné libéré qui n'observerait pas les prescriptions qui lui ont été données. Tous les six mois, les internés peuvent introduire une demande de révision de leur situation et la Commission a alors à statuer sur cette demande.

Elle doit, enfin, décider de la libération de l'interné. Cette libération peut être décidée dès la première réunion de la Commission, elle peut l'être après un séjour plus ou moins long de l'interné dans un des établissements précités. Cette libération est presque toujours décidée à l'essai et l'interné libéré reste donc sous la surveillance d'organismes ou de personnes dûment désignées. Tantôt il est confié à un Comité de patronage, tantôt à un service de réadaptation sociale, tantôt à un dispensaire d'hygiène mentale, tantôt encore à un médecin privé ou à un délégué. Suivant le cas, tous les mois ou tous les trois mois, un rapport doit être fourni par ceux qui ont la responsabilité de l'interné afin que la Commission puisse être assurée qu'il continue à suivre toutes les prescriptions qui lui ont été données.

La loi présente une lacune importante. Elle ne prévoit rien pour les jeunes délinquants de 18 à 21 ans qui ne dépendent plus du juge des enfants et ne devraient pas encore tomber, surtout lorsqu'il s'agit de délits légers, sous le coup de la juridiction ordinaire. Un projet de loi avait pourtant été déposé, mais il n'a pas été voté au moment de l'adoption de la loi de défense sociale. Des modifications importantes étant prévues, en vue d'améliorer cette loi, cette grave lacune sera certainement comblée en même temps. En pratique, pourtant, les jeunes délinquants sont déjà l'objet de mesures spéciales visant à une rééducation spéciale pour éviter les récidives. La prison-école agricole et industrielle d'Hoogstraeten est spécialement adaptée à cette œuvre de réadaptation. Les jeunes délinquants y vivent une vie aussi normale et familiale que possible. Ils sont entre les mains, non de gardiens, mais d'éducateurs. On s'efforce de développer chez eux le goût du travail et le sentiment d'entraide. Certains peuvent même travailler au dehors et parfois se rendre dans une autre localité et y séjourner. Leur libération est préparée, progressivement et



d'accord avec eux, et leurs camarades leur viennent parfois en aide et continuent à s'intéresser à eux après leur sortie. Ils forment des cercles et éditent un petit journal.

Les résultats de tout cet effort demandent, pour être tout à fait démonstratifs, le recul du temps. Dans une étude basée sur deux années d'application de la loi de défense sociale, le Dr Vervaeck constate que, dans ce laps de temps, 669 inculpés ont été internés par décision judiciaire. Dans ce nombre, il y avait 87 femmes, soit 13 %. La durée de l'internement a été, dans 76 % des cas, de 5 ans, dans 19 % des cas de 10 ans et dans 5 % des cas de 15 ans. Sur les 669 inculpés tombés sous le coup de la loi de défense sociale, 147, soit 25 %, l'étaient pour démence (troubles mentaux), 260, soit 44 %, pour déséquilibre mental grave et 183, soit 31 %, pour débilité mentale grave. La plupart avait un passé pathologique chargé.

D'autre part, au cours des deux premières années d'application de la loi, 103 récidivistes ont été internés, dans les 2/3 des cas pour 5 ans. La plupart étaient des débiles ou des déséquilibrés, aucun ne pouvait être considéré comme biologiquement normal.

Enfin, 208 condamnés reconnus anormaux au cours de leur peine ont été internés, après observation à l'annexe psychiatrique. La durée de leur internement ne peut dépasser celle de la peine de condamnation. Malgré l'incontestable progrès que présente l'application de cette loi, d'esprit très médical, dans le traitement pénitentiaire des délinquants anormaux, son application pendant 5 ans a montré certaines déficiences auxquelles il serait bon de porter remède. Dans sa conférence inaugurale au XX<sup>e</sup> Congrès international de Médecine légale et de Médecine sociale de langue française qui se tint à Bruxelles en juillet 1935, le Professeur Léon Comil, avocat général près la Cour de Cassation, en signalait une des plus marquantes : celle de l'assimilation des anormaux aux déments. Pour lui, et plus d'un admet cette opinion, c'est un non-sens de donner une sentence d'internement qui reste malgré tout une peine afflictive, à un dément, c'est-à-dire à un malade mental qui est nécessairement irresponsable. Mais c'est également un non-sens de donner, par une mesure d'internement qui constitue « une déclaration obligatoire d'innocence », aux anormaux, déséquilibrés et débiles, l'idée qu'ils sont soustraits, en fait et malgré une responsabilité tout au moins partielle, à toute répression judiciaire. « Trop médical pour les anormaux, le système est trop répressif pour les déments. »

Mais ce sont là des détails que la Commission chargée de la révision de la loi parviendra sans doute à améliorer tout en laissant à la loi son caractère général qui a été hautement apprécié dans tous les pays.

\*  
\*\*

Arrivé au terme de ce rapide aperçu, nous pouvons mieux nous rendre compte à quel point la psychiatrie, entendue dans un sens large, a été comprise dans son acceptation la plus directe et la plus pratique en Belgique.

Les discussions de doctrines y ont passionné les esprits, comme partout ailleurs. La recherche scientifique et l'expérimentation n'y ont pas été négligées. Les uns ont surtout étudié le côté psychologique des phénomènes normaux et pathologiques et ont pris fait et cause, au cours des débats, sur l'automatisme mental, le mécanisme des hallucinations, le niveau mental dans les psychoses, etc. Les autres se sont plus volontiers orientés vers le côté biologique du problème psychiatrique et ont, par exemple, recherché les lésions anatomopathologiques de la démence précoce ou les rapports de l'hystérie et des noyaux centraux de la base. Beaucoup plus encore, se sont efforcés d'aborder, dans un sens large, les problèmes psychiatriques et de les comprendre à la fois dans leurs causes organiques et leurs développements psychiques. Mais toutes ces discussions et toutes ces recherches n'ont jamais fait perdre de vue leur résultante pratique, c'est-à-dire l'amélioration du sort des malades. Il en est résulté une psychiatrie en action qui constitue une des caractéristiques les plus personnelles de l'effort belge en cette matière.

---

# SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

---

*Séance du Jeudi 12 Mars 1936*

---

**Présidence : M. VURPAS, président**

---

## PRÉSENTATIONS

**Gigantisme, terreurs nocturnes et délire d'imagination**, par  
MM. Jacques DELMOND et Louis ANGLADE, Internes des Asiles  
de la Seine (*Travail du service de M. le Dr Marchand*).

Les terreurs nocturnes des enfants, dont le contenu manifeste ou symbolique paraît parfois le plus révélateur de complexes réprimés, requièrent cependant l'existence d'un terrain bien spécial et n'expriment pas simplement le drame d'une conscience troublée par le problème sexuel. Elles pourraient même être « pures » de toute autre cause qu'une atteinte élective des centres du sommeil, comme la pathologie de l'infundibulo-tuber en fournit des exemples.

Le sujet que nous avons l'honneur de vous présenter offre à considérer, depuis son jeune âge, le développement progressif d'un gigantisme, avec un minimum de signes acromégaliqes, sans autres anomalies de la structure corporelle : gigantisme, somme toute, « harmonieux ». Depuis l'âge de cinq ans, des terreurs nocturnes sont apparues, avec les caractères habituels de ces manifestations névropathiques, telles que nous les trouvons bien décrites dans l'ouvrage de Stekel (« Les états d'an-

goisse nerveux »). Depuis environ six mois, le thème principal de ces cauchemars a pris une forme relativement stéréotypée. Certains éléments de cet onirisme ont été adoptés par le jeune malade dans l'élaboration d'écrits anonymes mythomaniacques. Ils se retrouvent aujourd'hui comme traits principaux d'un véritable délire d'imagination.

Du point de vue des troubles mentaux du gigantisme, cet ensemble nous a paru assez particulier. Le malade ne présente en effet aucune arriération mentale ; les éléments imaginatifs délirants témoignent d'une mentalité puérile, mais qui ne peut paraître régressive à l'heure actuelle. Au point de vue instinctivo-affectif, les anomalies du comportement que l'on relève ne sont pas de l'ordre de celles qui ont été signalées chez des géants (perversions sexuelles graves, « féminisme mental » — comme dans l'observation de Gallais —). Cependant, ce sujet, qui, par son développement physique, a l'aspect à la fois vigoureux et gracieux d'un adolescent encore légèrement ambigu, est volontiers sollicité, voit sa société recherchée par des camarades plus âgés, dont l'un au moins l'avait converti à des pratiques de masturbation réciproque, il y a 2 ans. Le départ de cet initiateur a mis fin à ces pratiques, dont on ne saurait inférer une homosexualité véritable.

Voici tout d'abord les caractères actuels de ce gigantisme :

Maurice B..., âgé de 13 ans 1/2, mesure aujourd'hui 1 m. 83. Son poids est de 68 kg. Les mensurations donnent les résultats suivants (en centimètres) : circonférence occipito-frontale : 58. Circonférence du cou : 35. Périmètre thoracique : 82-90. Envergure : 191. Longueur du membre supérieur : 80. Longueur de la main (de la tête du cubitus à l'extrémité du médus) : 21. Circonférence du bras (biceps) : 27. Circonférence du poignet : 18,5. Circonférence du bassin : 85. Longueur de la cuisse : 66. Circonférence de la cuisse : 50. Longueur de la jambe : 44,5. Circonférence du mollet : 34. Circonférence du cou-de-pied : 22. Pointure : 44.

Étant donnée la taille du sujet, les extrémités ne sont pas excessivement développées. Il n'y a pas de disproportion segmentaire ; pas de prognatisme. Les arcades sourcilières sont saillantes. C'est le seul trait anormal du visage. La dentition est parfaite. Il n'y a pas de macroglossie. La force musculaire est tout à fait normale. On n'observe pas de *genu valgum*. Les organes sexuels sont de développement très normal, avec pilosité pubienne fournie, apparue depuis deux ans.

On note un léger degré d'acrocyanose. Les réflexes tendineux sont vifs aux membres inférieurs, normaux aux membres supérieurs.

L'examen oculaire ne montre rien d'anormal, ni au point de vue des pupilles, ni au point de vue du fond d'œil. Il n'existe pas d'hémianopsie latérale.

La radiographie montre un léger épaissement des os du crâne, un très léger élargissement de la selle turcique, clinoïde antérieure un peu trop prononcée. Il y a persistance des cartilages de conjugaison du poignet et des os de la main. La radiographie ne permet pas de déceler une persistance du thymus.

Les réactions de Bordet-Wassermann, de Meinicke et de Kahn sont négatives dans le sang.

Il n'existe pas de polyurie, seulement quelques traces de glucose urinaire.

*Les antécédents familiaux* montrent une hérédité névropathique. Le père est un grand instable émotif, avec des accès maladroits d'autoritarisme. La mère est une cardiaque, d'une famille de cardiaques ; elle avait 41 ans au moment de la naissance. Le grand-père maternel serait mort de « congestion cérébrale ».

Il n'existe aucun géant dans aucune branche de la famille ; personne dont la taille dépasse 1 m. 75.

Maurice B... est fils unique. Il est né à terme, pesait sept livres, mesurait 52 cm. L'accouchement fut normal. L'enfant marchait à un an, mais *n'a parlé que fort tard, à 3 ans 1/2. Il a uriné au lit jusqu'à 3 ans*, puis de façon discontinue jusqu'à 11 ans.

A l'âge de 5 ans se place un épisode à propos duquel un médecin prononça le nom de méningite, quoiqu'il n'y ait pas eu de fièvre. L'état semblait cependant alarmant, le sommeil fut pour la première fois nettement troublé : l'enfant s'agitait, paraissait en proie à des cauchemars violents, poussait de faibles cris, des interjections entrecoupées. C'est là le début des accès de *terreurs nocturnes*, qui n'ont plus cessé par la suite. La taille de l'enfant était déjà remarquable, il paraissait plus de 7 ans.

On ne note pas de maladies infectieuses, en dehors d'une rougeole à 7 ans. A 10 ans apparut une petite toux « nerveuse », que le sujet présente encore, en l'absence de toute lésion pulmonaire cliniquement ou radiologiquement décelable.

Jusqu'à l'âge de 5 ans, l'enfant a couché seul, dans la chambre de ses parents. Après l'apparition des terreurs nocturnes, il fut mis à coucher dans le lit paternel, la mère reposant dans une autre chambre. Il en a été ainsi jusqu'à présent, les parents redoutant particulièrement l'intensité de ces accès oniriques, toujours accompagnés de signes de terreur panique, de manifestations d'anxiété paroxystique, de fureur, de haine, avec injures brèves, halètements, grognements de souffrance, signes de combat violent.

Pendant une maladie de son père en décembre 1935, il a fallu que sa mère vienne coucher auprès de lui. Il s'est réveillé une fois dans la nuit, s'est aperçu qu'elle avait regagné son lit et s'est mis à appeler anxieusement, réclamant sa mère à grands cris jusqu'à ce qu'elle paraisse. Sa mère avait perçu le caractère insolite de cette démarche et « se ficelait, nous dit-elle, dans des vêtements de nuit masculins ».

Il a toujours manifesté une crainte marquée de l'obscurité, mais



s'est montré anxieux même le jour. Jusqu'à 10 ans, sa mère devait toujours l'accompagner en classe et l'attendre à la sortie. Il manifestait une frayeur visible lorsqu'elle n'était pas devant l'école.

Des *troubles du caractère* se sont nettement manifestés à l'âge de 11 ans, mais il avait toujours été « un enfant difficile ». Ses professeurs se sont plaints de lui à ses parents, ont dit qu'il devenait querelleur. A l'âge de 11 ans, il a commencé à prendre de l'argent dans le tiroir de son père : une fois 50 fr., une autre fois 20 fr. Ses parents sont inquiets de l'argent qu'il dépense et croient qu'il a commis d'autres menus larcins. Il est devenu très insolent en paroles avec ses parents, quoiqu'à certaines périodes il redevint aimable et complaisant envers tout son entourage.

Il manifeste plutôt une certaine préférence pour sa mère, bien que dans les derniers temps il l'ait injuriée et griffée. « Dans les derniers temps, expose son père, il devenait intenable ». Il brisait la vaisselle, les carreaux, à la moindre réprimande, injurait violemment ses parents, leur crachait au visage. Il a proféré devant notre confrère Mme le Dr André (1) des menaces précises et à plusieurs reprises, disant aux siens : « Il y a six balles dans un chargeur, je vous descendrai tous les deux, je mettrai le feu à la maison. »

Il n'a pas manifesté d'appétits toxicomaniaques, n'a jamais absorbé d'alcool au cours de ses promenades avec des camarades plus âgés.

Au point de vue intellectuel, Maurice B... ne présente pas de retard appréciable. Son jugement est correct et il commente avec finesse les phrases absurdes dans un test. Il a toujours été un élève inégal, irrégulier encore du fait de fatigues fréquentes. Par exemple, il était premier en géographie et en tire quelque fierté. Il obtenait de bonnes notes dans la composition française, où ses facultés imaginatives trouvaient à se déployer. Nous nous en sommes assurés par des épreuves. Mais, d'après ses maîtres, il ne pouvait concevoir un problème de géométrie. Depuis quelques mois, son rendement scolaire avait nettement baissé. Il était devenu, d'autre part, peu soigné dans sa tenue, négligeant de se laver, de brosser ses vêtements.

Cette diminution de l'efficiencia mentale, ce degré d'incurie, ainsi que les troubles graves du comportement familial, incitèrent les parents à demander l'internement. Le certificat délivré à l'Infirmier Spécial du Dépôt relate ces divers troubles, et mentionne en outre certaines dispositions mythomaniaques, dans les termes suivants : « ...Troubles d'ordre imaginatif : mythomanie. Délire de jeu : lettres à un ami, signées d'un faux nom, relatives à une « Société de surveillance discrète » dont il serait le fondateur... Troubles contingents d'ordre interprétatif : aurait été suivi un certain temps... Nie être l'auteur des lettres susdites ; ne se contente pas de se défendre, met au défi de prouver et menace ses parents de représailles... ».

(1) Nous remercions Mme le Dr Y. André pour tous les renseignements qu'elle nous a aimablement communiqués.

Voici dans quelles conditions s'est édifiée cette construction mythomaniaque :

Pendant les dernières vacances, Maurice décida des promenades à bicyclette dans la vallée de Chevreuse avec un camarade, Pierre, âgé de 17 ans. Dès la première de ces promenades intervient un épisode interprétatif à deux : ils ont cru être suivis par deux cyclistes, qui se cachaient naturellement pour cette filature ; mais Maurice, grâce à sa taille, a pu affirmer qu'ils étaient toujours là. Il peut les décrire avec précision : l'un est grand et fort, porte un vêtement de cuir, l'autre est plus petit ; l'un monte une bicyclette de porteur, l'autre une bicyclette de femme ; ils changent de machine de temps à autre pour faire croire qu'il s'agit d'autres personnes. Cette filature et la nécessité d'y échapper corsèrent la promenade, et Pierre dit en rentrant à Mme B... : « Vous savez, Madame B..., faites suivre votre fils si vous voulez, mais pas moi ! J'en ai descendu deux et Maurice un ! » On ne peut arriver à savoir lequel de Maurice ou de Pierre a été le sujet inducteur de cette croyance délirante.

C'est à cette époque que Pierre commença à recevoir des lettres anonymes, au nom d'associations telles que la S.S.D. (Société de Surveillance discrète), l'U.M.H.D.S. (Union des Malfaiteurs en herbe du Département de la Seine), la S.P.R.D. (Société Pitarienne de Renseignements divers). Ces lettres, signées « Pitard, le Chef des Chefs, le Fort des Forts », demandaient à Pierre de renseigner l'association sur Maurice, personnage très intéressant. Ces renseignements seraient payés par divers avantages dont un voyage à Pretoria, avec luxe de détails sur les escales. En cas de refus, injures variées adressées par avance. Etc., etc...

Lorsque l'on montre ces lettres au jeune Maurice, il s'indigne grandement de ce que l'on puisse prétendre encore qu'il en est l'auteur, il s'esclaffe bruyamment sur les fautes d'orthographe, dont le texte est intentionnellement semé, dit : « Ce n'est pas mon écriture, on voit bien que c'est quelqu'un qui a écrit comme ça » (montre comment). « Du reste, cette Société, ces gars-là, ce Pitard, tout ça pour moi n'existe pas. La preuve, c'est que je suis allé à Puteaux à l'adresse indiquée, et il n'y avait pas de Pitard. » Il a fait réellement cette démarche, d'ailleurs, et sous une pluie battante. Et ce n'est pas le côté le moins séduisant de cette imagination enfantine que de voir le sujet se prendre à son propre jeu, soutenir une gageure impossible, passant sans effort du plan de la fabulation mythomaniaque à celui de l'action.

Il est encore important de noter que le personnage central, l'« homme au paletot de cuir », « Pitard », apparaît depuis le premier jour de la promenade dans les cauchemars terrifiants de Maurice B. Il est toujours accompagné de son pâle comparse, d'autres garçons comme lui. Ils se jettent sur Maurice, le terrassent, l'étouffent. C'est alors qu'il se réveille en criant, invectivant, couvert de

sueurs. Autrefois, les terreurs nocturnes survenaient au bout de deux heures de sommeil. Elles étaient souvent amnésiques. A présent, elles surviennent à la phase hypnagogique, sont complètement mnésiques et presque toujours identiques quant à l'action qui se déroule et aux personnages participants. Elles surviennent presque tous les soirs. Le sujet exprime à l'heure actuelle sa conviction formelle de l'existence de ces personnages oniriques. Il n'a pas encore formulé d'explication sur le retour obsédant de leur image dans ses rêves.

De sérieuses réserves doivent sans doute être faites pour l'avenir, sans que l'on puisse encore dépeindre le tableau mental en termes de schizophrénie. Un certain affaiblissement du rendement intellectuel, une certaine incurie, des troubles du caractère avec hostilité familiale et violences peuvent être relevés dans ce sens ; mais il faut tenir compte de l'asthénie psychique et physique qui peut résulter d'une croissance aussi excessive ; certains troubles de l'humeur pourraient être réactionnels à la situation créée par ce gigantisme, qui modifie les rapports familiaux.

Mais l'attention est encore attirée sur les anomalies osseuses, l'élargissement léger de la selle turcique, l'acromégalie légère, l'énurésie nocturne prolongée, l'existence de terreurs nocturnes, apparues après un état méningé, amnésiques autrefois, aujourd'hui survivant au sommeil et génératrices de délire : tels sont les symptômes, de signification pronostique peu favorable, que nous avons relevé dans cet état, où se retrouvent des traits de la « parapathie anxieuse ». Cet examen laisse, par ailleurs, le champ libre à une analyse psychologique plus approfondie.

#### **Stérotypie démentielle d'attitude en station sur la tête, par MM. Paul COURBON et C. FEUILLET.**

L'attitude stéréotypée que présente cette femme âgée de 26 ans est celle du fœtus en position du sommet. Elle repose sur l'occiput et les genoux, attitude que, depuis plus de 2 ans, elle garde presque constamment et qui a abouti à des rétractions tendineuses des fléchisseurs.

Ce repliement en flexion de tout le corps est permanent. Il n'est suspendu que rarement et pour quelques minutes seulement. Le redressement n'est jamais complet à cause des rétractions, mais ne s'accompagne d'aucun spasme et la malade paraît alors assise et un peu courbée, gardant son équilibre comme une personne âgée. Le plus souvent, ce redressement

ne dure que quelques instants, le temps nécessaire pour lancer une gifle, pour prendre un aliment, pour remonter la couverture. Il n'a jamais lieu sur commande, le négativisme démentiel empêchant toute communication entre la malade et son entourage. Jamais nous n'avons obtenu la station debout sur la plante des pieds.

La malade ne peut donc vivre qu'au lit. Si le plan de celui-ci est assez dur pour lui permettre la conservation de l'équilibre, c'est sur l'occipital et les genoux qu'elle fait reposer son corps, ainsi qu'on le voit sur la photographie. Et elle reste dans cette attitude qui est exactement celle du fœtus, la tête en bas, le siège en l'air, les membres fléchis contre le tronc, pendant des heures et des heures, sans rien dire ni rien faire d'autre que de déféquer ou d'uriner quand l'envie lui prend. Si le lit n'a qu'une pailleasse, celle-ci n'offrant pas la résistance nécessaire pour le rétablissement clownesque, la malade repose sur un côté, mais tout le corps immuablement pelotonné en flexion. L'été, elle se dépouille de toute chemise. L'hiver, elle garde, sous les couvertures, la même attitude.

L'alimentation par périodes de plusieurs semaines doit être faite à la sonde. Le plus souvent elle est faite à la cuiller. Et parfois même, la malade porte elle-même à sa bouche l'aliment qui lui plaît. A l'heure du repas on la met sur le flanc, ou sur les izehions et elle se laisse généralement faire, mais toujours ses talons restent accolés aux fesses et son menton incliné vers le sternum. Parfois elle essaie de manger en restant sur la tête.

Cette jeune fille est maigre, ébouriffée, dépourvue de toute beauté. Mais ses photographies prouvent que jusqu'à 18 ans elle fut normalement et harmonieusement développée avec un visage gracieux. Elle fit ses études classiques comme assez bonne élève jusqu'à son baccalauréat.

Alors apparurent des troubles de l'humeur avec préoccupations hypochondriaques. Elle se désintéressa progressivement de tout, sauf de sa santé. Elle avait des boules dans le corps, des barres dans l'estomac, elle n'avait plus d'organes. Elle s'appliquait des thérapeutiques bizarres, des gymnastiques extravagantes, avait des crises d'agitation pendant lesquelles elle se cognait la tête contre les murs. Elle refusait de manger.

Sa gymnastique elle l'expliquait à sa mère en disant qu'elle avait des demi-os, qu'elle n'en avait qu'en avant et que pour suppléer à cette absence elle devait se fléchir le corps en avant. Et pendant des journées entières elle se tenait en hyperflexion demandant à l'entourage d'appuyer davantage sur son occiput et

son dos pour l'empêcher de retomber en arrière et de se désouder.

Elle prétendait ne pas voir les gens, que ses yeux n'étaient pas des yeux, qu'elle voyait les gens par derrière. Et pour ne pas être à l'envers, elle déclarait devoir se mettre la tête en bas ; le derrière en haut.

Je ne serai guérie que quand ma tête touchera mon derrière disait-elle.

L'inaffectivité et l'incohérence augmentèrent et la malade était internée le 20 novembre 1933 avec le certificat du D<sup>r</sup> Courtois. « Démence précoce. Opposition. Mutisme. Grognements. Sourires inadaptés. Reste pelotonnée dans son lit en chien de fusil. Gâtisme »

Cet état n'a guère varié depuis l'arrivée dans notre service en juillet 1934, comme nous le disions en commençant. Elle échange avec sa mère quelques propos mais elle se tait à l'approche d'une tierce personne. Souvent elle demande que sa mère lui appuie sur le corps pour exagérer son hyperflexion qu'elle trouve insuffisante. Et pourtant l'anesthésie sous le chloroforme n'a pas permis de mettre en extension complète les avant-bras sur les bras et encore moins les jambes sur les cuisses.

Disons qu'elle est de race juive : le père russe, la mère caucasienne.

Cette observation est intéressante au point de vue de la neuropsychiatrie et au point de vue de l'interpsychologie.

I. Au point de vue neuropsychiatrique, la question se pose de savoir la nature du déterminisme de cette posture.

1° La condition initiale est-elle physique ? doit-on se demander tout d'abord. Ce repliement du corps en flexion a-t-il été primitivement déterminé par une dystonie, par une rupture d'équilibre entre le système fléchisseur et le système extenseur, comme il arrive quand les noyaux gris centraux sont lésés ? De tels cas de dystonie sont fréquents dans la race juive, et le père de la malade est un juif russe.

En 1934, MM. Guillain et Mollaret (1) ont présenté, à la Société de Neurologie, le film et les pièces anatomiques d'un garçon de 17 ans atteint d'un spasme de torsion post-encéphalitique. L'attitude de ce sujet, pour être moins extravagante que celle de notre fille, l'était suffisamment pour que les auteurs l'aient comparée à l'attitude d'une bête.

(1) GUILLAIN et MOLLARET. — *Revue neurologique*, 1934, t. I.





*Photo Pierre Dubure.*

FIG. 1. — Attitude que garde perpétuellement la malade, même pour faire ses besoins et pour dormir.

« L'attitude du malade, disent-ils, celle qu'il peut conserver longtemps sans fatigue et sans gêne, son attitude de repos réel par conséquent est, dans l'ensemble, une attitude à quatre

pattes. On peut le voir ainsi toute la journée derrière les barreaux de son lit, la tête dépassant ceux-ci, lisant, mangeant et donnant à l'extrême l'impression d'un animal en cage. »

Une encéphalite épidémique, dont le premier accès remontait à l'âge de 5 ans, était la cause de cet état. Les troubles de l'attitude avaient commencé à l'âge de 9 ans par un renversement intermittent de la tête pris pour un tic. La lordose était apparue



*Photo Pierre Dubure.*

FIG. 2. — Attitude que garde la malade quand la fatigue lui fait perdre l'équilibre sur la tête.

à 15 ans, suivie de près par la flexion des membres. Les troubles mentaux, secondaires aux troubles moteurs, portaient sur le caractère et non sur l'intelligence. L'autopsie montra des lésions cellulaires diffuses, mais prédominant sur le striatum et le système extrapyramidal.

Le cas de notre malade est bien différent. On ne note aucune poussée encéphalitique dans son passé. D'un développement intellectuel et physique normal jusqu'à 18 ans, c'est par des troubles hypochondriaques que la maladie a commencé, et la psychose était depuis longtemps évidente, avec des signes incontestables de démence lorsque les anomalies de l'attitude se mani-

festèrent : inclination du tronc en avant, puis adduction et flexion des membres, puis enfin station occipitale. D'après la mère, la malade aurait fourni les explications suivantes aux postures adoptées : elle n'avait plus d'estomac. Elle était toujours en arrière. Elle voyait tout à l'envers. Et elle suppliait l'entou-



*Photo Pierre Dubure.*

FIG. 3. — Attitude que garde la malade quand on essaye de la faire asseoir ; elle repose par les fesses et les talons sur le sol et garde la tête en hyperfléchie.

rage de l'aider par des pesées à exagérer les postures qu'elle adoptait.

Ce qu'il faut retenir dans ces allégations, c'est la preuve du caractère intentionnel, des attitudes prises. Elles n'ont pas été imposées par un déséquilibre entre fléchisseurs et extenseurs. Elles sont voulues. Et quand elle les quitte, quand elle se redresse, la malade n'est pas soumise aux torsions spasmodiques qui agitent les malades atteints de lésions du système extrapyramidal. Ce que l'on constate chez celle-ci ne sont pas des dystonies, mais



des contractions qui aboutissent à des contractures avec rétractions tendineuses. On remarquera notamment que la station occipitale est une contorsion clownesque que la dystonie ne suffirait pas à conditionner.

Il s'agit donc d'une stéréotypie démentielle, symptomatique d'héboïdocatatonie.

2° Puisque c'est dans le psychisme et non dans l'appareil de l'équilibre corporel que paraît siéger la condition principale de cette attitude, est-il possible d'en identifier le mécanisme ?

Faut-il voir, dans cette flexion de tout le corps reposant sur l'occiput et les genoux, une régression vers l'attitude fœtale ? Sa mère nous a déclaré que sa fille était née précisément en position occipitale. Une telle explication serait de nature à satisfaire ceux qui se contentent de voir, avec Freud, dans l'anxiété, la réviviscence de l'état affectif du fœtus franchissant le défilé de la vulve maternelle à l'instant de la naissance.

Moins fantaisiste nous semblerait l'explication trouvée dans les rapports que cette attitude peut avoir avec la représentation que le sujet a de son corps. Cette femme, en se fléchissant et en se mettant la tête en bas, prétendait se sentir en arrière, et être à l'envers. La recherche d'une telle explication serait opportune à l'heure actuelle où les neurologistes étudient le modèle postural de Head, le schéma corporel de Schilder, la somatognosie de Lhermitte.

Arrivée à l'état de démence profonde où elle est, la malade ne nous serait pas d'une grande utilité pour aborder cette étude. Ce serait ouvrir la discussion sur la cœnesthésie, ce sentiment du fonctionnement corporel invoqué par les psychiatres, étudié par de nombreux auteurs dont Sollier, sentiment dont Charles Blondel, puis Wallon ont justement montré toute la complexité.

Nous nous contenterons de déposer cette observation au dossier de la cœnesthésie.

II. Au point de vue de l'interpsychologie, la réaction du public devant un phénomène psychopathique aussi troublant est à retenir.

Les visiteurs qui, venus voir un parent malade, se trouvent brusquement en face de cette femme immobilisée la tête en bas et le périnée pointé vers le ciel, sont tous fortement impressionnés. Beaucoup s'empressent de venir faire part de leur émotion au médecin.

Il est exceptionnel d'obtenir d'eux la description exacte du spectacle qui les a si vivement frappés. Et ils s'embrouillent pour situer exactement la place respective des divers segments du

corps. Les uns la décrivent comme se tenant sur les mains, les autres comme une bossue s'appuyant sur sa bosse, d'autres comme un monstre dont les pieds sont plus hauts que la tête. Tous retiennent qu'elle a les pieds et le derrière en l'air.

Cette impuissance de la majorité des spectateurs non préparés à observer correctement une attitude pathologique et l'intervention de leur imagination pour suppléer à la défaillance de l'observation expliquent la naissance des légendes sur l'existence des êtres fabuleux, et celle de la faune des bestiaires médiévaux.

Pline l'Ancien, dans le livre VII de son *Histoire Naturelle*, décrit, en se référant à des savants plus anciens que lui, des peuples à morphologie bizarre. Il appelle sciapode (du grec *skia*, ombre et *podos*, pied) des hommes pourvus d'un pied énorme qui leur sert de parasol contre les rayons du soleil. Les artistes du Moyen-Age ont sculpté de tels personnages aux portails des églises romanes, notamment au portail de la cathédrale de Sens, et sur le gnomon de l'abbaye de Souvigny. Un miniaturiste en a illustré la chronique de Nuremberg. Et Shakespeare fait dire à Othello qu'en parcourant le monde, il a vu des hommes dont la tête était en-dessous des épaules.

La rencontre d'un catatonique, atteint de la même stéréotypie que celle de notre malade, a-t-elle joué un rôle dans la conception des Sciapodes ? C'est possible.

Pendant des siècles, l'observation fut sans méthode, et les penseurs les plus rassis fabulèrent inconsciemment à l'occasion de phénomènes réels, mais insolites. « La nature ingénieuse, dit Pline l'Ancien, à propos des peuples à morphologie bizarre qu'il décrit, fait servir l'être humain à divers effets qui sont des jeux pour elle et des miracles pour nous. » Saint Augustin, dans la cité de Dieu, affirme lui aussi l'existence de cette humanité miraculeuse.

Ces phénomènes réels et insolites ont été souvent de nature pathologique. Et, dans la figuration des scènes fabuleuses auxquelles se complurent les artistes, il est parfois possible d'identifier, sans fabuler soi-même, des syndromes neuropsychiatriques. C'est ce qu'ont tenté divers auteurs, dont l'un de nous, en prétendant reconnaître un hypocondriaque zoopathe sur la cathédrale de Strasbourg, un anxieux génital sur celle de Colmar et un stuporeux sur une statue de la renaissance à Strasbourg (1).

(1) COURBON. — L'hypocondriaque zoopathe de la cathédrale de Strasbourg. *Revue neurologique*, 1922, t. I, p. 52. — Le stuporeux de l'œuvre Saint-Marc. *Revue neurologique*, 1924, t. I, p. 56. — L'anxieux génital de la cathédrale de Colmar. *Soc. d'histoire de la médecine*, 1925.



**Etat du fond de l'œil dans 115 cas de paralysie générale  
traités par le stovarsol sodique, par M. L. MARCHAND.**

Je présente à la Société les résultats des examens du fond de l'œil pratiqués dans 115 cas de paralysie générale traités par le stovarsol, arsenic pentavalent dont la posologie et le mode d'emploi ont été établis par MM. Sézary et Barbé (1). Les injections ont toujours été faites sous-cutanées. Cette statistique ne concerne que des hommes.

Sur ces 115 malades, 13 étaient atteints de lésions rétinien-nes avant l'application du traitement. Sur les 102 autres, dont le fond de l'œil était normal au début du traitement, 13 ont présenté des altérations rétiniennes au cours du traitement ou après sa suspension.

**1<sup>er</sup> Groupe.** — Les lésions rétiniennes (2) constatées avant le traitement consistaient en atrophie optique double (2 cas), atrophie optique gauche (1 cas) ; décoloration papillaire (6 cas), décoloration papillaire partielle (1 cas) ; contours papillaires flous (2 cas), congestion des papilles (1 cas).

Des deux malades atteints d'atrophie optique double, l'un présentait une cécité complète. Je n'en tiendrai pas compte dans cette étude. Les 12 autres paralytiques généraux ont été soumis au traitement au stovarsol. Voici le résumé des traitements suivis et de leur effet sur les altérations rétiniennes :

**OBS. 1.** — *Joq.*, 68 ans. — Atrophie optique double (acuité 7/10). Traitement : une série de 45 gr. (0 gr. 50 trois fois par semaine). Aucune aggravation, même acuité visuelle. Une deuxième série est en cours.

**OBS. 2.** — *Bourq.*, 41 ans. — Atrophie optique gauche (acuité 1/50) ; fond d'œil normal à droite (acuité 10/10). Traitement : une série de 45 gr. (1 gr. 3 fois par semaine) ; une série de 45 gr. (1 gr. par semaine). Aucun changement des fonds d'œil. Même acuité.

**OBS. 3.** — *Besn.*, 45 ans. — Légère décoloration papillaire. Acuité 10/10. Traitement : impaludation. Une série de 34 gr. (1 gr. 3 fois par semaine) ; une série de 15 gr. (1,50, 3 fois par semaine) ; une série

(1) A. SÉZARY et A. BARBÉ. — La posologie et le mode d'emploi du stovarsol sodique dans la paralysie générale. *Soc. Méd. des Hôp.*, 11 mars 1932, p. 388.

(2) Nous ne faisons que reproduire dans la désignation des lésions du fond de l'œil que les termes mêmes employés par M. Lagarde, ophtalmologue à l'hôpital Henri-Rousselle, à qui nous adressons nos vifs remerciements.

de 42 gr. (1,50, 3 fois par semaine) ; une série de 42 gr. (1,50, 3 fois par semaine). Décoloration papillaire plus marquée à droite. Acuité 10/10.

OBS. 4. — *Bua.*, 51 ans. — Papilles pâles ; acuité 10/10. Traitement : une série de 45 gr. (1 gr., 3 fois par semaine) ; une série de 45 gr. (1 gr., 3 fois par semaine) ; une série de 45 gr. (1 gr., 3 fois par semaine). Aucune modification du fond d'œil ; acuité : 10/10.

OBS. 5. — *Mous.*, 35 ans. — Décoloration papillaire très marquée à droite (acuité 10/10), plus faible à gauche (acuité 10/10). Traitement : une série de 45 gr. (0,50 par injection 3 fois par semaine) ; une série de 43 gr. comprenant 39 injections à 0,50 (3 fois par semaine) et 25 injections à 1 gr. (3 fois par semaine). Aucune modification du fond d'œil ; acuité : 10/10 des deux côtés.

OBS. 6. — *Bau.*, 42 ans. — Artères rétiniennes minces ; segment temporal un peu pâle (acuité 10/10). Traitement : une série de 30 gr. (1 gr. 3 fois par semaine). Aucune modification du fond d'œil.

OBS. 7. — *Boura.*, 58 ans. — Légère décoloration papillaire. Acuité : 10/10. Traitement : une série de 45 gr. (1 gr. 3 fois par semaine) ; une série de 20 gr. (1 gr. 3 fois par semaine) ; une série de 20 gr. (0,50, 3 fois par semaine). Décoloration papillaire plus marquée à droite. Acuité : 9/10.

OBS. 8. — *Pier.*, 45 ans. — Papilles légèrement pâles. Acuité : 9/10. Traitement : une série de 43 gr. 50 (1,50, 3 fois par semaine). Papilles plus pâles ; acuité : 9/10.

OBS. 9. — *Gui.*, 55 ans. — Décoloration partielle plus marquée à droite, surtout dans les régions temporales, mais ne paraissant pas répondre à l'acuité visuelle accusée. Acuité : 2/10. Traitement : une série de 45 gr. (1 gr., 3 fois par semaine) ; une série de 20 gr. (1 gr., 3 fois par semaine) ; une série de 20 gr. (0,50, 3 fois par semaine). Aucune modification du fond d'œil, même acuité (2/10).

OBS. 10. — *Dero.*, 34 ans. — Léger trouble des contours papillaires (acuité : 10/10). Traitement : une série de 45 gr. (1 gr., 3 fois par semaine) ; une série de 45 gr. (1 gr., 3 fois par semaine) ; une série de 45 gr. (1 gr., 3 fois par semaine). Même halo péripapillaire sans modification de coloration (acuité : 10/10).

OBS. 11. — *Bali.*, 61 ans. — Papilles à contours flous et de coloration pâle (acuité : 4/10). Traitement : une série de 30 gr. (1 gr., 3 fois par semaine), une série de 7 gr. (1 gr., 3 fois par semaine). Même aspect du fond d'œil. Acuité augmentée : 9/10.

OBS. 12. — *Marc.*, 29 ans. — Légère congestion vasculaire des papilles. Traitement : une série de 45 gr. (1 gr. 3 fois par semaine),

Papilles hyperhémisées surtout à gauche. Acuité : 10/10. Un mois après, reprise du traitement ; une série de 45 gr. ( 1 gr., 3 fois par semaine ) ; aucune aggravation. Acuité : 10/10.

*En résumé*, dans 9 cas (Obs. 1, 2, 4, 5, 6, 9, 10, 11, 12), le traitement n'a produit aucune aggravation des lésions du fond d'œil et même dans un cas (Obs. 11), on constata une notable amélioration. Dans trois cas (Obs. 3, 7, 8), la décoloration papillaire s'accroît légèrement sans diminution de l'acuité visuelle.

2° *Groupe*. — 13 malades chez lesquels le fond de l'œil était normal ont présenté les altérations papillaires suivantes au cours du traitement ou après sa suspension : décoloration papillaire, 7 cas ; décoloration temporale, 2 cas ; contours papillaires flous, 2 cas ; atrophie optique, 2 cas. Voici les résumés des observations en indiquant à quel moment du traitement est apparue l'altération du fond de l'œil :

OBS. 1. — *Pic.*, 32 ans. — Traitement : impaludation. Une série de 27 gr. (1 gr., 3 fois par semaine) ; une série de 44 gr. (1 gr., 3 fois par semaine) ; une série de 44 gr. (1 gr., 3 fois par semaine) à la fin de laquelle on constate : papilles légèrement pâles, décoloration plus marquée à droite. Acuité : 10/10. Continuation du traitement par quatre séries de 45 gr. et 3 séries de 20 gr. (1 gr. par injection). Aucune aggravation de la décoloration papillaire. Acuité : 10/10.

OBS. 2. — *Cor.*, 39 ans. — Traitement : une série de 25 gr. (1 gr., 3 fois par semaine) ; une série de 44 gr. (1,50, 3 fois par semaine) ; une série de 43 gr. (1 gr. 50, 3 fois par semaine). Papilles normales à la fin de la série. Cessation du traitement et six semaines plus tard décoloration papillaire.

OBS. 3. — *Vad.*, 53 ans. — Traitement : une série de 45 gr. (1 gr., 3 fois par semaine). Papilles normales à la fin de la série. Deux mois après la cessation du traitement, décoloration papillaire. Acuité : 8/10. Baisse de la progression de la vision et un an après : décoloration incomplète des papilles. Acuité : 5/10.

OBS. 4. — *Pitch.*, 35 ans. — Traitement : une série de 45 gr. (1 gr. 50, 3 fois par semaine). A la 20<sup>e</sup> injection, décoloration partielle des papilles ; acuité : 10/10. Aucune modification dans la suite malgré la continuation de la série.

OBS. 5. — *Stor.*, 43 ans. — Traitement : du 20 décembre 1931 au 4 avril 1931, série de 45 gr. comprenant 10 injections de 1 gr. 50 et 30 de 1 gr. Légère décoloration papillaire, acuité : 10/10. Impaludation et suspension complète du traitement au stovarsol. Le 23 mai 1933,

deux ans plus tard, papille droite légèrement décolorée (acuité : 10/10) ; papille gauche nettement décolorée, avec champ visuel rétréci (acuité : 10/10).

OBS. 6. — *Bra.*, 42 ans. — Traitement : une série de 44 gr. (1 gr., 3 fois par semaine) ; fond d'œil normal ; un mois après la suspension du traitement, légère décoloration papillaire droite (acuité : 10/10). Reprise du traitement : deux séries de 20 gr. (0 gr. 50, 3 fois par semaine). Aucune aggravation ; acuité : 10/10.

OBS. 7. — *Blan.*, 53 ans. — Traitement : une série de 26 gr. (1 gr., 3 fois par semaine) ; une série de 45 gr. (1 gr. 50, trois fois par semaine) ; une série de 45 gr. (1 gr. 50, 3 fois par semaine). Fonds d'œil normaux. Deux mois après la cessation du traitement, décoloration papillaire : acuité : 10/10.

OBS. 8. — *Hein.*, 58 ans. — Traitement : une série de 45 gr. (1 gr., 3 fois par semaine). Légère décoloration temporale à la fin de la série. Acuité : 7/10. Six semaines plus tard, une série de 22 gr. (1 gr., 3 fois par semaine). Décoloration nette temporale à la fin de la série. Acuité : 4/10. Suspension du traitement. L'acuité visuelle continue à baisser lentement et 18 mois plus tard papille plus décolorée, acuité : 3/10.

OBS. 9. — *Clau.*, 30 ans. — Traitement : impaludation ; une série de 45 gr. (1 gr., 3 fois par semaine) ; une série de 43 gr. (1 gr., 3 fois par semaine) ; une série de 43 gr. (1 gr., 3 fois par semaine), au cours de laquelle on constate papilles un peu pâles. Acuité : 10/10. Deux séries de 20 gr. ensuite (1 gr., 3 fois par semaine). Papilles un peu pâles. Acuité : 10/10.

OBS. 10. — *Cham.*, 34 ans. — Traitement : une série de 45 gr. (1 gr., 3 fois par semaine). Léger trouble des contours papillaires à la fin de la série. Acuité : 8/10. Reprise du traitement un mois après, série de 45 gr. (1 gr., 3 fois par semaine) ; légère amélioration ; acuité : 9/10.

OBS. 11. — *Gai.*, 47 ans. — Traitement : impaludation. Une série de 28 gr. (1 gr., 3 fois par semaine). Fond d'œil normal. Le malade entre dans mon service neuf mois plus tard. Reprise du traitement ; injections à la dose de 1 gr. 50, 3 fois par semaine. A la 21<sup>e</sup> injection, décoloration des papilles qui aboutit en quelques jours, malgré la suspension immédiate du traitement, à une atrophie optique bilatérale. L'acuité ne peut être précisée en raison de l'affaiblissement mental. Le malade peut se conduire seul.

OBS. 12. — *Halp.*, 64 ans. — Traitement : une série de 45 gr. (1 gr., 3 fois par semaine) ; légère décoloration temporale (acuité : 7/10) à la fin de la série. Reprise du traitement un mois plus tard ; une série

de 30 gr. (1 gr., 3 fois par semaine) ; une autre série de 45 gr. (0 gr. 50, 3 fois par semaine). Pas d'augmentation de la décoloration temporale ; acuité : 8/10.

Obs. 13. — *Perth.*, 40 ans. — Traitement : une série de 34 gr. 50. (1 gr. 50, 3 fois par semaine) du 23 novembre 1931 au 15 janvier 1932. Le 19 janvier, alors que le traitement était suspendu depuis 4 jours, fonds d'œil normaux mais baisse de l'acuité visuelle (8/10). Le 2 février 1932, papilles en voie de décoloration, achromatopsie pour le vert. Le 24 avril 1932, atrophie optique presque complète à droite ; atrophie optique complète à gauche. Cécité.

*En résumé*, dans 3 cas (Obs. 5, 8 et 11), la décoloration papillaire est survenue au cours du traitement qui a été suspendu immédiatement. La décoloration est restée stationnaire dans un cas (acuité visuelle 10/10) ; elle a continué à progresser lentement dans le second cas (acuité 3/10 18 mois plus tard). Chez le 3<sup>e</sup> sujet, très rapidement, elle a abouti à une névrite optique bilatérale, rappelant les cas signalés par Paul Abély et Salgo (1), avec cette différence que la lésion du fond de l'œil n'a pas abouti à une amaurose complète.

Dans quatre cas (Obs. 1, 4, 9, 12), la décoloration papillaire est apparue au cours du traitement et est restée stationnaire malgré sa continuation.

Dans un cas (Obs. 10), un léger trouble des contours papillaires est survenu après une première série de 45 gr. de stovarsol et on a constaté une notable amélioration après la deuxième série de 45 gr.

Dans quatre cas, la décoloration papillaire a débuté un mois (Obs. 6), 6 semaines (Obs. 2), 2 mois (Obs. 3 et 7), après la cessation du traitement.

Enfin, et c'est le seul cas malheureux (Obs. 12), la décoloration papillaire a débuté quelques jours après la cessation du traitement (1<sup>re</sup> série de 34 gr. 50) pour aboutir, trois mois plus tard, à une atrophie optique double avec cécité complète.

Ainsi, sur 115 malades, un sujet était déjà atteint de névrite optique double avec cécité avant le traitement au stovarsol ; sur les 114 autres sujets traités, un seul a présenté, après cessation du traitement, une atrophie optique double entraînant la cécité. Un cas de cécité par atrophie optique sur 114 est un pourcentage

(1) Paul ABÉLY et N. SALGO. — Trois cas de névrite optique rétrobulbaire bilatérale avec intégrité primitive du fond de l'œil survenue au cours du traitement stovarsolique chez des paralytiques généraux. *Soc. méd.-psychol.*, 25 mars 1935, p. 514.



qui se rapproche de celui que l'on observe chez les paralytiques généraux non traités.

*Considérations générales :* Chez un sujet dont le diagnostic de paralysie générale vient d'être établi, la constatation de lésions du fond de l'œil ne doit pas faire rejeter le traitement par le stovarsol, mais son application doit être faite avec prudence.

Une décoloration papillaire apparaissant au cours du traitement ne doit pas entraîner d'emblée sa suspension, mais une diminution de la dose du stovarsol et de la fréquence des injections.

Une décoloration papillaire peut apparaître plusieurs semaines et même plusieurs mois après la cessation du traitement qui, dans ces cas, ne peut être incriminé.

La simple recherche de l'acuité visuelle n'est pas suffisante pour apprécier l'intégrité des papilles. Une décoloration papillaire n'entraîne pas forcément une diminution de l'acuité visuelle.

Les doses de 1 gr. 50 par injection doivent être proscrites. La dose 1 gr. trois fois par semaine (séries de 45 gr. séparées par un mois de repos) est celle que nous préconisons maintenant.

Sur 13 malades chez lesquels les altérations du fond de l'œil sont survenues au cours du traitement au stovarsol ou après sa suspension, 3 seulement étaient atteints de paralysie générale tabéiforme. Sur 13 malades chez lesquels des lésions rétiniennees existaient avant l'application du traitement, 5 présentaient la forme tabéiforme de la paralysie générale. Les lésions du fond de l'œil sont loin d'être l'apanage des paralytiques généraux tabétiques.

M. GUIRAUD. — Sans contester les cas de M. Marchand, ni la valeur du stovarsol dans la paralysie générale, je rappelle les cas de cécité qui suivirent immédiatement l'administration de ce médicament. Ils ont été cités dans la littérature. Moi-même, j'en ai observé un. Je pense donc que, lorsqu'on a à faire à un paralytique général dont le nerf optique n'est pas intact, il vaut mieux s'abstenir de stovarsol. La malariathérapie toute seule est à employer et se montre souvent efficace. Si on veut lui associer une thérapeutique chimique, ce qui n'est pas indispensable, qu'on choisisse alors un autre sel d'arsenic ou le bismuth.

M. René CHARPENTIER. — Bien que, dans cette étude, M. Marchand se soit borné à considérer les indications du traitement de la paralysie générale par le stovarsol, en rapport avec les troubles oculaires, il serait intéressant, étant donné le grand nombre des cas traités par lui depuis 10 ans, qu'il nous apportât également

une statistique précise des résultats thérapeutiques qu'il a ainsi obtenus.

M. MARCHAND. — M. Guiraud fait dévier le but de ma communication. Il ne s'agit pas d'opposer la malariathérapie à la stovarsol-thérapie, d'établir un parallèle entre ces deux modes de traitement qui se complètent heureusement si souvent. D'ailleurs, plusieurs malades, parmi ceux que je viens de présenter, ont été impaludés avant d'être traités par le stovarsol.

J'apporte des faits qui montrent que des paralytiques généraux atteints de modifications papillaires purent être traités par le stovarsol sans aggravation de leurs lésions rétinienues, que l'apparition des lésions papillaires au cours du traitement ne doit pas être toujours un obstacle à sa continuation, que les décolorations de la papille dans certains cas ne sont pas dues au stovarsol puisqu'elles se sont produites plusieurs mois après sa suspension. Ces conclusions, qui s'opposent, j'en conviens, aux conceptions courantes, me paraissent présenter un certain intérêt.

**Aphasie chez les syphilitiques et paralysie générale. Problèmes de diagnostic et de traitement (présentation de malades),** par MM. P. GUIRAUD et G. FERDIÈRE.

Deux malades de notre service viennent de nous poser le problème de l'aphasie chez les syphilitiques et paralytiques généraux avec toutes les conséquences diagnostiques et thérapeutiques qu'il comporte ; nous devons rappeler brièvement les éléments théoriques de ce problème.

Depuis les travaux de Magnan, Sérieux (1), de Lissauer, décrivant les formes postérieures de la paralysie générale, on sait la possibilité de la prédominance régionale du processus paralytique, réalisant ainsi des symptômes comparables à ceux des lésions focales, l'aphasie par exemple ; celle-ci ne constitue alors qu'un élément d'un tableau clinique qui peut être plus ou moins riche et complet et sur lequel elle tranche avec plus ou moins de netteté. Cette aphasie se trouve ainsi à l'opposé de celle qui se rencontre à l'état pur chez les syphilitiques et qui répond à une simple lésion en foyer due à une syphilis vasculaire cérébrale ou même à un processus non syphilitique, comme nous avons pu l'observer chez une de nos malades.

(1) P. SÉRIEUX. — Hallucinations auditives et surdité verbale chez un paralytique général. *Revue Neurol.*, 1902.

Mme C., âgée d'une quarantaine d'années, est entrée à Sainte-Anne le 18 janvier dernier, avec un certificat ainsi conçu : « Est atteinte de troubles psychiques graves. Syndrome démentiel avec gros déficit intellectuel, amnésie très importante avec éléments d'aphasie et par suite d'apraxie. Orientation insuffisante et réflexes tendineux vifs avec douleurs à la pression des masses musculaires. Réflexes iriens à la lumière conservés. Syphilis en évolution : roséole récente traitée dans ce service par injections de novarsénobenzol, série actuellement terminée depuis deux jours. Bordet-Wassermann + dans le sang et — dans le liquide céphalo-rachidien qui contient en outre 3 lymphocytes et 0 gr. 40 d'albumine. »

Mme C. se présentait avant tout comme une aphasique avec éléments jargonaphasiques ; elle était en outre agnoso-apraxique et paraissait avoir une conscience très incomplète de sa situation.

Pupilles égales, très légèrement déformées, réagissant bien à la lumière et à l'accommodation ; l'hémianopsie n'a pu être recherchée à raison de la turbulence de la malade. Réflexes tendineux vifs et égaux ; pas de signe de Babinski. Tremblement gélatineux de la langue. Au cœur : souffle systolique en jet de vapeur, de caractère assez musical, piaulant, largement propagé au creux axillaire. Tension artérielle : 15 1/2-8 au Vaquez.

Par la suite nous avons pu apprendre à l'Hôtel-Dieu que Mme C. avait été hospitalisée au début d'octobre pour « aphasie, amnésie » ; elle cherchait ses mots et se préoccupait de son état : « j'oublie tout..., ça reviendra ? Est-ce que ça... Je vais guérir..... ». Ces troubles avaient été attribués sans difficulté à la maladie mitrale et après un traitement de quelques semaines la malade avait été envoyée en convalescence. Au milieu de décembre, elle était de retour à l'Hôtel-Dieu avec une éruption papuleuse disséminée sur tout le corps et des adénopathies inguinales. Une réaction de Bordet-Wassermann pratiquée dans le sang se montrait positive et la malade était immédiatement soumise à un traitement d'attaque au novarséno-benzol et au cyanure.

Dans les premiers jours à l'asile, le diagnostic était fort difficile, mais l'ancienne terminologie de démence organique masquait le problème, le processus de ramollissement pouvant être très étendu.

A l'heure actuelle, la malade est extrêmement améliorée ; elle est devenue capable d'attention et n'est plus aussi improductive ; son agnoso-apraxie s'atténue et elle demeure avant tout une aphasique.

Nous pensons que, si la solution du problème est simple sur le papier, sur le terrain de la pratique, où nous nous plaçons, les hésitations sont possibles. C'est que, bien souvent, les aphasiques présentent des troubles mentaux plus ou moins caractérisés ; ceux-ci paraissent dus parfois à l'intensité de l'aphasie elle-même, compliquée d'agnosie et d'apraxie, comme dans le cas que nous

venons de rapporter. Ces troubles peuvent s'atténuer avec le temps, mais on comprend qu'au début, les malades puissent donner l'impression de véritables déments.

Dans un tout autre domaine, une de nos malades, aphasique depuis plusieurs années, présente depuis quelques mois un état dépressif et des troubles du caractère qui ont attiré l'attention de son entourage et ont abouti à l'internement.

Mme L., 38 ans, syphilitique connue, a présenté il y a deux ans et demi une hémiparésie droite avec aphasie massive ; de la première il ne reste actuellement pas trace sinon une ébauche d'éventail des orteils au cours de la recherche du signe de Babinski ; l'aphasie est en régression : « Je commence à parler, dit-elle ; je ne pouvais pas parler du tout... Je commence un peu depuis un an... j'allais tous les jours, tous les deux jours, voir les docteurs ; ils m'ont fait beaucoup de piqûres... » Il s'agit d'une aphasie nominale et verbale, surtout nominale, sans apraxie ni agnosie : la malade est capable de décrire avec une grande précision un objet par des gestes et les actes mimés sont parfaitement réalisables.

Les pupilles sont un peu déformées, inégales au profit de la droite, paresseuses à la lumière ; on constate un tremblement fibrillaire de la langue, un tremblement plus menu des mains ; la dysarthrie est légère, nette cependant, les réflexes tendineux vifs.

Nous insistons tout particulièrement sur les troubles psychiques d'apparition récente : « Mme L., nous dit son ami, est devenue haineuse, méchante avec moi, parfois violente, criant et même déchirant le linge pour des raisons futiles ; elle est triste et pleure souvent ; elle a de véritables phases dépressives ; elle a manifesté des idées de suicide et a fait deux tentatives. »

Les réactions sont négatives dans le sang ; le liquide céphalo-rachidien : 0,8 lymphocytes, 0 gr. 30 d'albumine, Bordet-Wassermann ++++.

Dans les cas semblables à ceux-ci, quels renseignements peuvent apporter les réactions biologiques du liquide céphalo-rachidien ?

D'abord, si celui-ci est négatif, il y a des chances pour que le processus en cause ne soit pas de nature syphilitique, surtout s'il est possible de mettre en évidence une autre cause d'aphasie ; d'autre part, dans la littérature, les renseignements paraissent assez peu nets sur l'état du liquide céphalo-rachidien au cours de l'artérite syphilitique de la sylvienne et de ses branches.

Si le liquide céphalo-rachidien est positif, on doit s'attacher beaucoup moins à la formule du benjoin colloïdal qu'à la lymphocytose rarement très élevée dans la paralysie générale.

Quant à l'analyse du sang, elle indique seulement que le malade est syphilitique et ne préjuge en rien ce qui se passe dans son système nerveux ; d'autre part, certains malades ont pu être négativés par un traitement de longue haleine, aussi importe-t-il de faire préciser les antécédents avec le plus grand soin.

Au point de vue psychique, quoique la forme classique démentielle soit sans doute la plus fréquente, l'on observe, du moins au début, un certain nombre de malades présentant des troubles mentaux, d'ordre délirant, maniaque, dépressif et qui sont cependant d'incontestables paralytiques. C'est dire que la constatation du trouble psychique le plus banal ne doit pas faire écarter le diagnostic d'une paralysie générale associée.

L'examen clinique minutieux garde une extrême importance ; on s'attachera à rechercher, chez les aphasiques, un certain nombre de signes physiques dont la lésion en foyer ne peut rendre compte et qui trahissent l'atteinte diffuse : le mâchonnement, les secousses péribucales, le tremblement de la langue et des extrémités, la dysarthrie, les modifications des réflexes tendineux.

Enfin, une atteinte artérielle indubitable n'exclut pas nécessairement une paralysie générale associée (1).

De tels malades ressortissent-ils à la malariathérapie ou à une autre thérapeutique ? Tout d'abord, il n'est pas certain que, dans les lésions en foyer, la malaria ne puisse avoir une influence heureuse, comme le pensent les Roumains de l'école de Paulian.

Les lésions en foyer commandent en tout cas les arsenicaux ; mais, lorsqu'ils arrivent à l'asile, les malades ont été d'ordinaire largement traités antérieurement ; l'efficacité des antisiphilitiques est épuisée ; on se trouve en présence de lésions émancipées de leurs causes, cicatricielles, sur lesquelles le traitement ne pourra rien ; la malariathérapie ne pourra pas plus sur ces lésions cicatricielles, mais elle agira sur les lésions diffuses associées. La dernière malade que nous avons présentée vient d'être impaludée et nous nous proposons de la présenter à nouveau à la Société si le traitement institué répond à nos espérances.

(1) P. GUIRAUD et A. DESCHAMPS. — Paralysie générale avec alexie et apraxie idéo-motrice. *Ann. médico-psychol.*, mars 1932. —



**Un cas de simulation discuté,**  
par MM. H. CLAUDE, P. SIVADON et A.-P.-L. BELEY.

Les limites du « volontaire » et du « conscient » ne sont pas toujours aisées à déterminer.

La part qui revient à l'hystérie et à la simulation pure est parfois bien imprécise dans certaines manifestations psychopathiques complexes.

L'observation que nous vous présentons nous a paru particulièrement instructive à ce sujet.

Les nombreux certificats que contient le dossier de notre sujet montrent la diversité des opinions des médecins qui ont eu à l'examiner et surtout laissent transparaître l'hésitation et les réserves de certains d'entre eux.

Voici les faits :

On ne relève aucun antécédent notable dans l'hérédité et la jeunesse de G... Maxime, actuellement âgé de 43 ans.

Pendant la guerre, il est blessé par une balle qui traverse la région axillaire droite en lésant le plexus brachial. Immédiatement après la blessure, il présente des signes de paralysie cubitale. Il termine la guerre dans le service auxiliaire.

Il obtient alors une pension de 10 % à titre temporaire.

De retour dans ses foyers, il travaille, de son propre aveu, à la satisfaction de ses patrons, comme ajusteur.

A la revision de sa pension, cette dernière est portée à 30 % à titre définitif.

En 1931, alléguant une impotence fonctionnelle totale de son membre supérieur droit, il obtient 50 % avec la mention : « paralysie médiocubitale droite, griffe des quatre derniers doigts à peu près réductible. Opposition impossible, pince nulle. Amyotrophie des interosseux et de l'éminence thénar. Douleurs dans tous les doigts. Traces de R.D. ». On lui donne un emploi de facteur des P.T.T.

C'est vers la fin de 1933 qu'apparaissent les premières manifestations psychiques. Il entre en observation à l'hôpital Henri-Rousselle le 27 octobre et en ressort le 4 novembre. On note : « dépression anxieuse, affaiblissement intellectuel ». Au lieu de partir à la campagne, comme il lui avait été conseillé, il entre alors à la Salpêtrière où il aurait manifesté des idées de persécution. Il s'évade au bout de quelques jours de l'hôpital, au cours d'un état d'apparence anxieuse.

Le 2 décembre, il entre à nouveau à l'hôpital Henri-Rousselle. Les réactions spécifiques sont partiellement positives dans le sang. Le liquide céphalo-rachidien est normal. Il manifeste un affaiblissement

mental considérable, mais conscient, sur lequel il insiste lui-même, en même temps que des idées délirantes imprécises qui motivent son placement à l'Asile le 4 décembre 1933.

Les certificats d'internement signalent : « affaiblissement intellectuel... dysmnésie verbale consciente. Propos verbeux, alambiqués, réticents.... » ; « délire hallucinatoire et interprétatif avec idées de persécution et anxiété.. action sur la pensée... Réticences. Dénégations... », etc.

A l'admission, le certificat immédiat indique : « léger affaiblissement intellectuel (difficulté de répondre de façon précise malgré efforts réels) ; préoccupations hypocondriaques et idées de persécution avec interprétations et craintes d'empoisonnement, etc. ».

Transféré à Villejuif le 8 décembre 1933, les troubles s'atténuent rapidement et il sort complètement guéri trois mois plus tard.

Depuis lors, et jusqu'au mois de décembre dernier, il vit à la campagne, entièrement normal.

Ce n'est que depuis quelques mois qu'il présente les nouvelles manifestations qui ont motivé son récent internement.

Le 30 décembre 1935, il entre de lui-même à l'hôpital Henri-Rouselle et indique de sa main sur le questionnaire d'entrée : « point d'énervement, consécutif à une blessure de guerre ». Une demande d'internement est faite par sa femme.

Les examens humoraux sont entièrement négatifs.

A la sortie, faite sur la demande du médecin, le 16 janvier 1936, on note : « Etat d'excitation, sinistrose ? ».

Quelques jours après, il fait venir chez lui un médecin spécialisé, fait valoir ses troubles et demande à être interné d'office. Il est envoyé à l'Infirmierie Spéciale qui fait le placement le 26 février dernier. « Troubles atypiques d'aspect tantôt excitatif, tantôt hétérophréno-catatonique... prétend que ses périodes d'excitation mécanique sont en rapport avec l'état de sa cicatrice qui constitue un point d'énervement... peut-être élément d'irradiations réflexes physiopathiques et génératrices de troubles psychiques... ».

Le certificat immédiat indique : « excitation maniaque atypique. Loquacité. Déclamations rythmées s'interrompant brusquement. Il y a un point d'excitation au niveau de son plexus brachial blessé..... ».

Dans notre service, pendant plusieurs jours, il reproduit à la demande, et chaque fois qu'on l'examine, « les troubles mentaux » qui ont motivé son internement, en insistant sur la gêne que cela entraîne pour son travail et sur l'insuffisance de sa pension.

Il se met à parler, d'une voix sonore et pathétique, sur un thème quelconque, mais de préférence en racontant les circonstances où ces troubles sont apparus pour la première fois. Rapidement, le débit devient rythmé, la parole semble « mécanisée », incoercible, le discours paraît inépuisable. Le ton est uniforme, mais l'intensité oscille continuellement des crescendo éclatants aux decrescendo les plus marqués.

Des gestes théâtraux soulignent le rythme, ajoutant encore à l'effet grotesque de la scène.

Il suffit, au cours de la crise, ainsi qu'il nous l'a lui-même indiqué, d'appuyer avec le doigt sur la cicatrice cutanée de sa blessure axillaire, laquelle n'est ni sensible ni douloureuse, pour arrêter brusquement le débit des paroles et les gestes, et pour provoquer un court arrêt de la respiration.

A défaut de ce moyen, qui est infaillible, la « crise » s'évanouit d'elle-même au bout de peu de temps.

A noter que ces manifestations ne s'accompagnent d'aucun trouble vaso-moteur et ne sont suivies d'aucun épuisement.

Leur caractère artificiel est évident et l'effort conscient y est nettement décelable.

Il n'existe, en dehors de cela, aucun trouble délirant et on ne peut mettre en évidence le moindre affaiblissement intellectuel.

Si l'on fait allusion aux troubles mentaux antérieurs, le sujet paraît gêné et réticent. Si l'on insiste, il allègue une amnésie lacunaire absolue portant particulièrement sur la période d'hospitalisation à la Salpêtrière.

Au point de vue neurologique, seul le membre supérieur droit présente des anomalies.

Il existe une légère atrophie de l'éminence thénar et du premier interosseux, ainsi qu'une griffe cubitale réductible. Le malade allègue une impotence fonctionnelle totale. En réalité, la force segmentaire paraît très légèrement diminuée, mais l'exagération volontaire est manifeste.

Les troubles de la sensibilité sont encore plus intenses. Le malade indique une insensibilité totale, à tous les modes, sur tout le membre supérieur droit. Cette insensibilité a une limite linéaire qui malheureusement varie d'un examen à l'autre. D'autre part, le malade s'est laissé, un jour, prendre à un stratagème grossier. On lui demandait de signaler, les yeux fermés, s'il sentait ou non le frôlement des doigts, et il n'a pas manqué de dire qu'il ne sentait pas chaque fois qu'on le touchait imperceptiblement dans la zone prétendue insensible.

Il accuse, en outre, une astéréognosie grossière.

L'examen électrique ne révèle qu'une très légère hypoexcitabilité des interosseux surtout marquée au niveau du premier.

Vraisemblablement impressionné par l'instrumentation électrique et soupçonnant probablement notre scepticisme, G... a depuis quelques jours abandonné sa mise en scène.

Il ne présente plus les manifestations psychiques signalées et a perdu son assurance lors des examens de la sensibilité. Il ne parle plus de sa blessure de guerre, prétend que le repos l'a guéri, et commence à penser à sa sortie.

Pour nous, si nous nous plaçons sur le plan médico-légal, le problème paraît simple. Il s'agit actuellement de simulation d'un

complexe neuro-psychique dans le but d'obtenir une augmentation d'une pension déjà abusive (le taux qu'il serait légitime d'accorder, pour une blessure médiocubitale légère, ne dépasse pas 15 %).

Mais au point de vue clinique, le problème paraît plus complexe. L'analgésie relative du membre supérieur droit est-elle consciemment voulue ? Elle semble bien revêtir l'aspect de manifestations hystériques.

L'inactivité fonctionnelle de la main ne peut-elle être mise sous la même étiquette ? Il semble, en effet, que, par un mécanisme d'autosuggestion, notre sujet se soit, depuis longtemps, déshabitué de se servir de sa main droite, alors qu'elle paraît en état de lui rendre d'importants services.

Quant aux troubles mentaux présentés en 1933, sommes-nous autorisés à penser qu'ils étaient aussi simulés ?

Malgré leur atypisme, ils correspondaient peut-être à une manifestation de forme dépressive sur laquelle se greffait une exagération plus ou moins consciente.

Et les troubles récents eux-mêmes, bien qu'ils soient évidemment artificiels, pour la plus grande part, n'ont-ils pas pu être favorisés par une excitation maniaque larvée ?

Ce sont toutes ces questions qui ont paru transparaître dans l'opinion de ceux qui ont eu à examiner notre sujet.

Voici l'interprétation que nous proposons :

Nous pensons qu'il existe un point de départ organique léger (névrite médiocubitale) qui a servi de base localisatrice à des manifestations hystériques par un mécanisme d'auto-suggestion. Cette lésion organique a, d'autre part, incité le sujet à échafauder une construction atypique, mais utilitaire, de syndrome mental.

Quelles que soient les interprétations discutables que l'on puisse donner de ce dernier, sa curabilité rapide et son caractère fantaisiste l'excluent des conclusions médico-légales à formuler au sujet des dommages indemnifiables causés à l'intéressé.

M. Henri CLAUDE. — Au point de vue neuropsychiatrique, le cas est banal. Au point de vue sociologique, il est un exemple de la mentalité du blessé contemporain que hante le désir d'obtenir une majoration du taux d'invalidité qui lui a été accordé. Pour lutter contre le danger dont est menacée la société par le développement de cette mentalité revendicatrice, il importe que les médecins experts se montrent catégoriques et n'hésitent pas à

employer le terme de simulation lorsque l'exagération des troubles fonctionnels est évidente.

M. GUIRAUD. — Je n'ai qu'un souvenir bien imprécis de ce malade qui ne resta que quelques semaines dans mon service. Je n'avais pas constaté chez lui de troubles délirants, ni de manifestations revendicatrices, autant qu'il m'en souviennent. Il se comportait simplement comme un hyperémotif avec crises douloureuses, ayant la main blessée comme point de départ.

**Déséquilibre mental post-encéphalitique (Perversions sexuelles : autoérotisme du mollet, fétichisme du soulier, etc.),**  
par MM. Henri CLAUDE, P. SIVADON et J. AJURIAGUERRA.

L'observation que nous vous présentons nous a paru mériter votre attention à plusieurs points de vue.

Elle constitue tout d'abord un exemple particulièrement typique de l'origine encéphalitique, déjà souvent signalée, de certaines formes de déséquilibre mental acquis.

Elle montre l'évolution complexe et l'intrication serrée de nombreuses perversions instinctives chez un même sujet, réalisant une véritable « constitution » perverse, aussi riche dans ses manifestations que les états dits constitutionnels.

Elle constitue enfin un cas, rare dans la littérature que nous avons pu consulter, d'auto-érotisme localisé au mollet, avec fétichisme de la chaussure féminine.

C'est, en effet, à la suite d'un vol de chaussures de femme que K... Paul, âgé de 24 ans, après expertise suivie de non-lieu, a été placé dans notre service le 29 janvier 1936.

On ne relève dans ses antécédents héréditaires ou collatéraux aucun élément susceptible d'éclairer l'origine de ces troubles.

Son enfance fut normale. Il était gai, doux, docile, intelligent. A l'âge de 12 ans, en 1924, il fait une encéphalite sporadique. Il n'est pas très aisé de reconstituer la symptomatologie complète présentée à cette époque. Nous avons cependant la notion d'un épisode confusionnel onirique, avec température (s'agite, vocifère, voit devant lui des personnages divers, un moine en particulier, fait au mur des dessins incohérents, etc.). A la suite de cet épisode, qui l'oblige à interrompre la classe pendant plus de deux mois, il manifeste une somnolence intense. Il s'endort fréquemment dans la journée et parfois, lorsqu'il a congé, dort tout le jour, se levant seulement aux heures des repas.

D'autre part, il a une polyphagie et une polydipsie marquées. Il



mange des quantités considérables d'aliments et n'est jamais rassasié. Il boit fréquemment et abondamment, jusqu'à provoquer des accidents digestifs.

En même temps, son caractère se transforme entièrement. De retour à l'école, il se montre turbulent, espiègle, coléreux et violent. Chez lui, il devient capricieux et autoritaire. Au cours d'une violente colère, il tente un jour de frapper sa mère avec une hache.

Sous la crainte d'une remontrance, il fait à cette époque une première fugue. Pendant la récréation, il se sauve de l'école et prend le train sans billet, sans savoir où il va. Obligé de quitter l'école, il est confié à des religieux, à l'âge de treize ans. Trois jours après, il fait une nouvelle fugue. Arrêté sur la route par les gendarmes, il est reconduit au pensionnat d'où bientôt on le renvoie. A sa sœur, qui demande le motif du renvoi, on répond qu'il s'agit de raisons « que l'on ne peut expliquer à une jeune fille ».

De retour chez ses parents, il est placé comme apprenti typographe. Au bout de trois mois, il doit abandonner en raison de ses troubles du comportement.

Il semble cependant qu'à cette époque la somnolence ait disparu.

Placé comme garçon de bureau dans une fabrique, il est renvoyé au bout de deux mois pour avoir « perdu » un carnet de chèques.

Il travaille alors chez un carrossier. Il réussit à y rester deux ans, bien qu'il sabote le travail et se montre violent. Il est enfin renvoyé pour avoir voulu frapper son patron avec une pièce de bois.

A dix-sept ans, il s'engage comme mousse dans la marine. On s'aperçoit à ce moment qu'il est somnambule. Fréquemment il se lève pendant son sommeil et va se coucher dans le lit de ses camarades. Hospitalisé à Brest, il est bientôt renvoyé dans ses foyers.

Vers cette époque, pour la première fois, il se masturbe.

A partir de ce moment, il se livre à l'onanisme plusieurs fois par jour.

Placé chez un charron, il y reste un an, bien qu'il vole de nombreuses bouteilles de vin dans la cave du patron (une tous les deux jours, avoue-t-il).

Il est ensuite employé comme plongeur dans un pensionnat, mais trois mois plus tard il quitte cette place pour rentrer dans la Marine à Toulon. Là, il vit seul, sans camarades, se livrant toujours à l'onanisme, ne fréquentant aucune femme. Ses pratiques onanistes commencent à se compliquer : il s'appuie contre un mur et se hausse sur la pointe des pieds pour cambrer ses mollets, « comme les femmes avec leurs talons ». Il se met nu jusqu'à la ceinture.

A cette époque, il dérobe du linge. Après trois mois de prison, il est renvoyé chez lui.

A vingt ans, il s'engage dans les Chasseurs d'Afrique. Il fait, à cette époque, une vaine tentative de rapports hétéro-sexuels : la vue d'une femme nue lui enlève tout désir.

Il est bientôt réformé à nouveau pour somnambulisme. Il retourne

alors chez lui où il gagne quelque argent en rempaillant des chaises, puis va à Marseille et de là à Lourdes, où il travaille comme plongeur. Peu de temps après, il prend, sans billet, le train pour Paris. Dès le lendemain, il repart pour Toulouse avec l'intention de s'engager dans la Légion. Mais, arrivé à Toulouse, il préfère passer en Espagne. Il voyage dans un camion jusqu'à Biarritz, passe la frontière sans passeport, puis prend le train, sans billet, jusqu'à Saint-Sébastien.

Il essaie de s'engager, on lui conseille d'aller jusqu'à Madrid. Il est bientôt arrêté à Vitoria où il fait cinq mois de prison. Refoulé sur Hendaye, il se rend à Bayonne où il est arrêté en flagrant délit de vol d'argent dans une maison particulière. Après quinze jours de prison, il se rend à Pau où il est à nouveau arrêté pour vol dans un restaurant. Après deux mois de prison, il part pour Bordeaux où il monte clandestinement sur un bateau hollandais et se fait ainsi conduire à Las Palmas. Découvert, il est renvoyé au Havre où il vole des papiers d'identité. Il se rend alors à Rouen où il s'engage dans la Légion Étrangère. Parti en Afrique, il vole du linge et des effets, passe en conseil de guerre à Oran, fait trois mois de prison et est réformé définitivement.

Rentré en France, on s'aperçoit qu'il a des papiers d'identité hollandais et on le refoule sur la Hollande. Il réussit à gagner la Belgique. A Anvers, à la suite d'un vol de trente francs, il fait cinq mois de prison, puis il regagne Paris, où bientôt, sous l'influence de son fétichisme, sur lequel nous allons revenir, il se met à voler, à l'étalage, des chaussures de femme. Ce n'est qu'après plus de dix vols qu'il a été arrêté.

Pendant ces six années aventureuses, entrecoupées de nombreux emprisonnements, ses perversions sexuelles se sont développées et compliquées.

Depuis l'âge de 17 ans, nous l'avons vu, il se masturbe avec fréquence. Dès ce moment, il manifeste des tendances fétichistes et masochistes. Il a dans sa chambre des chaussures, des culottes et des bas de femme, et s'en travestit souvent. Vers la même époque, ayant mis un anneau de métal autour de sa verge, il doit faire appel à son frère pour le faire cisailer. L'année suivante, il se provoque une hémorragie rectale assez importante en introduisant dans son anus un tuyau de caoutchouc. Il prend l'habitude de coucher avec un manche à balai qu'il introduit dans son rectum.

D'autre part, il semble avoir eu des pratiques homosexuelles, bien qu'il les nie. Il reconnaît simplement avoir eu le désir de rapports passifs et avoir fait une tentative sans succès. Cependant, nous savons qu'il attirait souvent des enfants dans sa chambre « pour les laver », explique-t-il. Son renvoi du pensionnat religieux paraît bien aussi avoir eu un motif de ce genre.

Nous avons signalé son apragmatisme hétérosexuel complet. Les représentations féminines, non plus que masculines, ne jouent aucun

rôle lors de la masturbation. Seule, la contemplation de ses propres mollets a un pouvoir érogène. Il les cambre, il les admire, surtout lorsqu'il est debout sur la pointe des pieds. Parfois, il les revêt de bas de femme. Plus tard, les bas lui seront indispensables.

C'est pendant son emprisonnement en Belgique qu'il rêva de chaussures féminines. Il en avait déjà porté jadis, mais rarement. Aussi, dès son arrivée à Paris, se met-il à en voler. Il vole, parce que les chaussures sont chères et qu'il n'a pas d'argent pour en acheter. Il lui faut aussi en changer fréquemment pour que l'excitation érotique soit entretenue.

Le plus habituellement, il vole vers six ou sept heures du soir et cache son butin sous son manteau.

Arrivé chez lui, il met des bas de femme (souvent volés aussi) de couleur chair, et les souliers dérobés. Il s'admire alors longuement, puis sort, ainsi travesti, pour aller dîner.

En rentrant chez lui, il enlève son pantalon, relève sa chemise et se place devant une glace. La contemplation de ses mollets cambrés provoque aussitôt l'érection, et la masturbation amène très rapidement l'éjaculation.

Le travestissement est toujours resté localisé aux membres inférieurs. L'autoérotisme a toujours eu pour objet exclusivement ses mollets. Jamais il n'a eu le moindre plaisir à contempler le reste de son corps.

L'examen neurologique montre actuellement une réduction de la mimique faciale et une diminution du balancement des bras, particulièrement du gauche, pendant la marche. On note aussi un tic d'occlusion des paupières et une légère somnolence. On ne trouve aucun signe d'hypertonie musculaire. Le syndrome infundibulaire persiste encore actuellement. L'âge mental est de onze ans.

On le voit, cette forme de perversion sexuelle est complexe : on y retrouve indiscutablement l'auto-érotisme qu'accompagne et complète le fétichisme.

Il ne s'agit pas là, en effet, de narcissisme véritable.

Quelques cas analogues ont été rapportés (en dehors de l'encéphalite). Ils paraissent rares.

Krafft-Ebing (1) cite le cas d'une femme de 26 ans qui éprouve une jouissance sexuelle en admirant ses jambes et ses pieds chaussés et plus particulièrement le bord interne de ses pieds.

Niceforo (2) cite le cas d'un enfant qui n'avait aucun plaisir à se masturber s'il ne voyait pas en même temps ses propres jambes.

Par contre, de nombreuses observations ont été publiées con-

(1) KRAFFT-EBING. — P. 623, obs. 344.

(2) NICEFORO. — *La Psicopatie sessuale*, pp. 25-27.

cernant d'autres types de perversions sexuelles post-encéphalitiques et plus particulièrement l'homosexualité et l'exhibitionnisme (Truelle et Petit, Dupouy et Abély, Heuyer et Badonnel, Fribourg-Blanc, Humbert, Duvernoy, Hesnard, Petit, Schiff et Trelles, Quaranta, etc...).

Chez notre sujet, se retrouvent à la fois les manifestations les plus variées du déséquilibre mental (fugues, instabilité, violences, vols, etc., avec les caractères habituels d'inintimidabilité et d'inamandabilité), un ensemble important de perversions sexuelles (masturbation anale, masochisme, pédophilie, homosexualité, fétichisme et auto-érotisme).

Notons enfin que, chez notre malade, l'épisode morbide initial se place à une époque où la sexualité n'est pas encore fixée. Cette dernière a donc évolué directement vers les perversions sans passer par stade d'hétérosexualité normale.

L'origine encéphalitique de ces troubles ne paraît pas pouvoir être mise en doute.

M. DUPAIN. — Dans le *Journal d'une Femme de chambre*, Mirbeau décrit un fétichiste du soulier, comparable à ce malade. Le héros du romancier n'était d'ailleurs pas inventé. Il s'agissait d'un malade du service de Magnan dont Mirbeau ne fit que rapporter l'observation.

### Une forme particulière de délire à deux chez un parkinsonien et sa mère, par G. HEUYER et Charles DURAND

Les malades Ch..., mère et fils, ont été adressés à l'Infirmierie Spéciale le 7 mars, sur un certificat médical du D<sup>r</sup> Lafond, assistant du D<sup>r</sup> Vurpas. Les deux malades avaient été envoyés à la Maison de Santé de la rue de Charonne, le 7 mars, par le D<sup>r</sup> Périssou. Devant le refus de la malade de rester à la Maison de Santé du D<sup>r</sup> Vurpas et devant l'évidence de l'aliénation mentale, chez la mère et le fils, les deux malades furent adressés à l'Infirmierie Spéciale, en vue d'un placement d'office.

Obs. I. — Ch. Jean, 34 ans, a été amené à l'Infirmierie Spéciale en compagnie de sa mère, avec le certificat suivant du D<sup>r</sup> Lafond : « Débilité mentale, troubles de la sensibilité générale, interprétations délirantes, idées hypocondriaques et de persécution : « on lui a fait un mauvais sort, on veut le faire mourir ». Malade instable, ne reste jamais au même endroit pour fuir ses persécuteurs. Délire collectif avec la mère. »

Le malade se présente avec un aspect figé, replié sur lui-même, inerte et passif. Ses réponses aux questions sont brèves ; sur un ton monocorde, il se lamente sur son état et pleure fréquemment.

*Antécédents héréditaires.* — Père bien portant. Morphologie analogue à celle de son fils, mais nullement délirant. Avec bon sens et tristesse il se rend compte de la situation lamentable où sa femme, « qui dirige tout », l'a entraîné. Il exerce la profession de « hongreur-châtreur ».

Mère, 52 ans, co-délirante, élément actif du délire.

Il ne semble pas y avoir d'aliénés dans la famille.

Les parents n'ont pas eu d'autre enfant que Jean, qui a été élevé par sa mère, à laquelle il est resté très fixé.

*Antécédents personnels.* — Ch. Jean a été à l'école jusqu'à 13 ans et a obtenu le certificat d'études primaires.

Pendant la guerre il a travaillé la terre avec sa mère. Il a fait son service militaire en 1922. Il est resté 26 mois à Chalon-sur-Saône et dans la Ruhr. Il est revenu travailler ensuite avec sa mère jusqu'en 1930 ou 1931, date à laquelle il est tombé malade.

Sa mère, très autoritaire, l'a toujours surveillé, de telle sorte qu'il est resté vierge. Il affirme n'avoir pas l'habitude de se masturber.

*Histoire de la maladie et examen mental.* — En 1930 il a commencé à se sentir fatigué. En 1931, le D<sup>r</sup> R. de Limoges, chez qui sa mère l'a conduit, lui fit une radiographie du tube digestif qui ne révéla rien d'anormal. Ses troubles augmentèrent. Lui-même n'a gardé aucun souvenir de l'épisode encéphalitique de mars 1932, que sa mère décrit avec précision : « Il s'endormait partout, sur la pierre ; on ne pouvait pas le réveiller en faisant beaucoup de bruit auprès de lui » (*sic*).

Depuis lors, il a présenté un état psychique caractérisé par un syndrome hallucinatoire d'automatisme mental : vol de la pensée : « on me prend tout ce que j'ai dans la tête, tout ce que je pense ». Hallucinations auditives : « J'ai entendu toute la nuit des voix que l'on me transmettait et qui me disaient : tu vas mourir ; je les entendais comme je vous entendes ». Hallucinations psychomotrices : « on me suggère des pensées, on me les fait venir, puis on influe sur moi, il me vient des pensées qu'il faut que je répète, je ne suis plus dans mes ordres et dans mes commandes. Je suis pris par les ordres des autres et je suis coupé de moi. J'ai été hypnotisé ». Troubles cénesthésiques divers qui paraissent le faire souffrir beaucoup ; il les subit passivement et se plaint : « Je ne peux pas guérir parce que je brûle en dedans par l'électricité, j'ai la poitrine cuite par les gaz qui me dessèchent tout entier, la bouche et tout ; j'ai des douleurs profondes dans le bas-ventre » ; sensations de piqure ; pas d'hallucinations génitales.

Les interprétations délirantes sont très pauvres, mal systématisées, entièrement suggérées par sa mère, sans participation active du ma-



lade qui dit comme sa mère : « c'est du magnétisme, de l'hypnotisme, de la « pichologie » ; c'est un mauvais sort qui est en nous, c'est la vache » ; il ne fait aucun essai d'explication et de systématisation. Sa mère lui a appris à interpréter le chant des oiseaux, mais il ne comprend, dit-il, que le geai ; encore semble-t-il s'agir de véritables hallucinations, contrairement, comme nous le verrons, à ce qui se passe chez sa mère : « j'entends le geai, mais c'est dans l'oreille que l'on parle ».

Intellectuellement, il paraît affaibli, mais l'étude est difficile car les réponses sont très lentes, faites avec peine et effort. Les opérations élémentaires, addition, multiplication, restent possibles. Il semble avoir des troubles de la mémoire de fixation et d'évocation.

*Examen physique.* — On constate un net syndrome parkinsonien encéphalitique. L'aspect général est figé. Pendant la marche, perte de l'automatisme localisé à droite. Hypertonie caractérisée par le signe de la roue dentée, net à droite, ébauché à gauche. Tremblement fibrillaire de la langue, des doigts et des paupières.

La ponction lombaire est négative : albumine 22 centigr. ; sucre 0,49 ; pas de lymphocytose ; Wassermann, Meinicke et Benjoin négatifs.

Le malade a été interné avec le certificat suivant :

« Idées délirantes d'influence. Automatisme mental. Prise de la « pensée. Hallucinations psychomotrices : « est coupé de ses ordres, n'est plus dans ses ordres et ses commandes, pris par les « ordres des autres » (*sic*). Idées qu'il doit répéter. Troubles cénes-thésiques. Electricité qui le brûle ; qui dessèche la poitrine, la « bouche. Poitrine cuite par les gaz. Douleurs et piqûres « dans le « bas-ventre ». Délire d'influence, d'hypnotisme et de sorcellerie « organisé par la mère, ardemment fixée à son fils. Suggestibilité de « celui-ci qui a accepté les explications fournies par sa mère. Passivité. Inertie. Reploiement. Signes de Parkinson encéphalitique. « Aspect figé. Perte de l'automatisme de la marche à droite. Roue « dentée. Tremblement lingual, digital, palpébral. Ponction lombaire « négative. Antécédents de sommeil invincible qui le faisait « dormir par terre » il y a 5 ans. Déambulation à travers la France, « sous la conduite de sa mère, à la recherche d'un traitement auprès « des médecins, puis des sorciers, cartomanciennes, fakirs, radistes-thésistes, etc. Exploitation du couple. » — Signé : HEUYER.

Obs. 2. — Mme Ch. Marie, âgée de 52 ans, se présente d'une façon correcte et répond avec complaisance à nos questions. Elle a un débit rapide, une présentation paysanne, une débilité qui se manifeste dans le récit, encombré de détails. Très émotive lorsqu'elle parle de son fils, elle pleure, sanglote ; mais elle est capable d'être maîtresse d'elle-même et, mise en présence de son fils, elle est calme, douce, affectueuse et lui donne de bons conseils.

*Antécédents héréditaires.* — Elle est née dans la Haute-Vienne, de

parents cultivateurs. Son père est mort à 82 ans. Sa mère, encore vivante, a 82 ans. Elle a deux sœurs qui sont bien portantes.

Il n'y a pas d'aliénés dans la famille.

*Antécédents personnels.* — Elle est allée à l'école jusqu'à 13 ans 1/2 et en est sortie avec le certificat d'études primaires.

Elle a travaillé chez ses parents jusqu'à 17 ans 1/2. Alors elle s'est mariée et un an après elle accouchait de son fils Jean. Elle n'a pas eu d'autre enfant et n'a pas fait de fausses couches.

Son mari travaillait sur les foires et marchés comme « châtreur ». Elle s'occupait de l'exploitation de leur « petit bien » avec l'aide de 1 ou 2 domestiques.

Elle a quitté son village de la Haute-Vienne : en 1934 pour venir à Paris chercher le livre de la « pichologie », — la même année pour aller à Lourdes avec son fils, — en 1935 pour voir le D<sup>r</sup> Clovis-Vincent. Le 5 janvier 1936 elle est allée à Bersac, un village voisin du sien, elle y est restée 1 mois 1/2 pour « faire prendre l'air à son fils » sur les conseils du curé. Elle a quitté Bersac il y a trois semaines et est venue à Paris « afin de se tirer de son voisinage ». A Paris, elle a dû changer plusieurs fois d'hôtel parce qu'il y avait des gens qui « influençaient sur elle ». Pour obéir aux ordres du curé, elle s'était séparée de son fils et, pendant 15 jours, elle ne l'a pas vu ; quand elle est revenue à l'hôtel où elle l'avait laissé, on lui a appris qu'il était malade et avait été transporté d'urgence à Lariboisière. Le mercredi 4 mars, elle est allée le chercher à l'hôpital ; elle l'a emmené d'abord à l'hôtel, puis chez le D<sup>r</sup> Périsson qui l'a adressée à la maison de santé du D<sup>r</sup> Vurpas, d'où elle a été envoyée à l'Infirmerie Spéciale.

*Examen.* — Mme Ch., paysanne limousine, a toujours cru à la sorcellerie et à l'envoûtement. Dès 1912, elle a été persuadée qu'une vache, vendue par un cultivateur, avait « jeté le mauvais sort dans la maison ». Le cultivateur qui avait vendu la vache avait voulu se débarrasser de celle-ci sur les conseils d'une voyante qui lui aurait dit : « Si vous voulez être débarrassé de vos mauvais sorts, vendez votre plus belle vache ». Dès que l'animal a été chez Mme Ch., celle-ci a ressenti des douleurs dans les jambes ; elles ont cessé seulement quand elle a vendu la bête en 1915. En 1925, achat d'une nouvelle vache, qui a apporté encore le « mauvais sort dans la maison ». La vache a avorté peu après son achat : « le veau était pourri, on n'a rien pu faire de la vache, elle boitait dès qu'on l'attelait ». Un homme qui guérissait par « le secret » est venu la voir, mais il n'a rien pu faire. C'est alors que Mme Ch. a commencé à penser qu'il y avait un « mauvais sort ». Une voisine lui disait toujours : « vous avez les yeux fermés ». Mme Ch. n'osait pas parler du « mauvais sort » à la maison de peur d'être rabrouée par son mari et son fils. En 1929 elle a fait venir un sorcier local, pour exorciser la maison. Son fils a traité cet homme de charlatan et n'a pas voulu qu'il revienne. Alors elle est allée voir M. F. à Limoges et a obligé son fils à l'accompagner, mais celui-ci n'était pas convaincu.

En juillet 1930, son fils a commencé à être malade, il se plaignait de l'estomac, de la jambe gauche « ainsi que l'avait prédit la voyante ». Il est allé voir un médecin, le D<sup>r</sup> V., qui l'a rassuré et lui a conseillé de « s'amuser ». En janvier 1931, les troubles se sont encore accentués, « il avait mal partout ». Mme Ch. est allée consulter le D<sup>r</sup> R., électro-radiologiste de Limoges : celui-ci a diagnostiqué une dilatation d'estomac, mais à la suite il n'y a pas eu d'amélioration. Alors elle est allée seule chez Mme Flora, puis chez Mme Henry, qui lui ont révélé des « choses sensationnelles » ; elle a tout raconté à son fils malade et nettement halluciné. Celui-ci, alors, a commencé à croire à l'envoûtement. Une troisième voyante, Mme N., a encore été consultée et a prédit à Mme Ch. un fibrome et une maladie de foie. Quelque temps après, elle « rendait son fibrome et sa maladie de foie ».

C'est à ce moment qu'elle a commencé à écrire au fakir Ain Dram. Elle n'avait pas osé le faire jusque là de peur que ces gens fassent mourir son fils. Celui-ci tombe plus gravement malade, même après être allé trouver un curé « doué d'un pouvoir surnaturel ». Les manifestations léthargiques étaient nettes.

En 1934, elle eut des consultations nombreuses auprès des cartomanciennes de Limoges et elle fit des visites au D<sup>r</sup> R. qui proposait un traitement électrique.

En juin 1934, elle vint pour la première fois à Paris, afin de se procurer le livre de la « pichologie » et demander des renseignements concernant la santé de son fils.

En octobre 1934, celui-ci l'accompagna à Lourdes. Le malade, à l'hôtel, refusa de s'alimenter, elle le montra à un « sourcier qui travaillait avec le pendule ». Le radiesthésiste dit qu'elle avait elle-même un grand pouvoir magnétique, « qu'elle faisait 12 mètres », mais, ajoute-t-elle, « je ne sais pas ce que cela veut dire ».

En mars 1935, elle est venue de nouveau à Paris pour conduire son fils au D<sup>r</sup> V., à Tarah-Bey, à la « Pichologie », et à « un autre type de la pichologie ». Elle l'amena enfin chez le sieur M., rue Daru, qui lui fit une « étude biophysique ». Quand elle revint au pays, son fils allait mieux, mais la « voisine a influencé sur elle ». Elle ne présenta à aucun moment de syndrome hallucinatoire ; tout se bornait à des interprétations des gestes de la voisine, « on lui a fait recommencer la maladie ». La machine à faucher ne marchait plus parce que « des gens l'influençaient ». Elle comprenait le langage des oiseaux, qui parlaient en patois ; le geai « qui était pour elle » disait en son langage : « parle, dis ce que tu voudras » ; la pie « qui était pour les sorcières » disait : « veux-tu me pardonner ? » Elle entendait les cris de ces oiseaux ; ce n'était pas des voix véritables, elle comprenait leur langage.

En octobre 1935, l'idée suivante lui est venue : « Va à Lourdes, ton petit sera guéri » ; mais le geai et la pie continuaient leurs conseils contradictoires : « ne sors pas, disait la pie », « sors, disait le

geai ». Elle se décida à aller à Lourdes et, en revenant, elle vint à Paris. C'est dans le train qu'elle fit la connaissance de Mlle C. qui l'adressa à plusieurs cartomanciennes. Elle aurait bien voulu marier son fils avec cette demoiselle C. parce que celle-ci est voyante et qu'elle aurait pu le guérir.

Quand elle rentra chez elle, les vaches ne pouvaient plus tirer la charrette. Le geai et la pie se disputaient toujours ; son fils commençait à comprendre le langage des oiseaux, dont l'un lui disait : « on va te promener jusqu'à ce que tu sois crevé » !

Le 5 janvier 1936, voyant qu'il n'y avait plus rien à faire, que le père ne voulait pas « vendre le bien » et se décider à s'en aller, elle partit à Bersac avec son fils et au bout d'1 mois 1/2, elle vint à Paris. On lui avait dit : « tant que vous serez chez vous, cela continuera ». Le jour où elle est partie, le geai lui a dit en patois : « va t'en chez toi » ; elle l'a compris dans son cri ; « cra-cra ». La pie a répondu. Alors Mme Ch. s'est décidée à venir à Paris.

Depuis qu'elle est à l'Infirmierie, « on lui a fait penser à la mort de son petit, mais elle n'entend plus le geai et la pie », puisque, dit-elle, je ne les vois plus ; je ne les entends que lorsque je les vois.

Dans ses papiers, on trouve toute une série de documents indiquant les diverses consultations qu'elle a demandées aux cartomanciennes, aux voyantes, aux sourciers, aux « pichologues ». Nous les avons classés en plusieurs catégories :

1° les papiers relatifs aux diverses consultations médicales, ordonnances du D<sup>r</sup> R. électro-radiologiste de Limoges ; adresses de divers médecins de Paris,

2° les papiers religieux qui viennent presque tous de Lourdes, indulgences, images saintes, prière pour l'exorcisme contre Satan.

3° la correspondance abondante avec demoiselle C. qui semble avoir exploité les malades.

4° les papiers relatifs à la sorcellerie et la « pichologie » de beaucoup les plus nombreux :

a) une étude biophysique faite par M. M., rue Daru, coût de l'étude 300 fr. ; rayons modulés 800 fr.

b) nombreux horoscopes du fakir Aïn Dram, correspondance qui date de 1931.

c) Cours oriental complet d'influence personnelle et de suggestion hypnotique, 6 livrets, coût 300 fr.

d) correspondance avec la « psychology Foundation » de Bruxelles avec achat du « système complet d'influence personnelle et de guérison ». coût du livre : 900 fr.

e) 2 recettes manuscrites contre le mauvais sort.

Le mari de la malade nous dit que, depuis 4 ans, elle a dépensé, dans ses visites aux sourciers et autres sorciers, plus de 80.000 fr.

*L'examen physique* est négatif. Le pouls est à 112.

Mme Ch. a été internée avec le certificat suivant :

« Idées délirantes de persécution, d'influence et de sorcellerie  
 « organisées autour d'un syndrome hallucinatoire d'automatisme  
 « mental, d'origine encéphalitique chez son fils, malade depuis  
 « 6 ans. Conviction absolue de l'envoûtement. Suggestibilité de débile  
 « paysanne qui accepte depuis 1912 les explications fournies par les  
 « sorcières du village dans tous les événements fâcheux survenus  
 « dans la maison et sur le « petit bien », avortement des vaches,  
 « mort des veaux, maladies personnelles, accidents, enfin maladie  
 « du fils survenue il y a 5 ou 6 ans. Fixation passionnée de la mère  
 « au fils, autoritarisme maternel; suggestibilité, passivité du fils  
 « qu'elle a toujours dirigé. Impérantisme qui s'exerçait dans la mai-  
 « son devant la faiblesse désespérée du père. Utilisation de la for-  
 « tune familiale à des voyages à travers la France, à des visites à  
 « des cartomanciennes, des fakirs, des radiesthésistes, etc. Plusieurs  
 « voyages à Lourdes, à Paris. Dernier voyage à Paris à la recherche  
 « des ressources fournies par la « Pichologie » (sic). Fils hospita-  
 « lisé d'urgence à Lariboisière et dont elle a exigé la sortie. Rencon-  
 « tre providentielle d'un médecin averti qui a décidé l'entrée dans  
 « une maison de santé, puis à l'Infirmierie. Gaspillage de plus de  
 « 80.000 francs, dit le père, dans l'exploitation du couple par les  
 « divers charlatans. » — Signé : HEUYER.

COMMENTAIRES. — L'observation que nous rapportons nous paraît présenter un triple intérêt :

1° Le malade Ch. Jean présente un automatisme mental très complet, avec hallucinations auditives, prise de la pensée, hallucinations psychomotrices et psychiques; troubles cénesthésiques, dont l'origine encéphalitique ne paraît point faire de doute. Le syndrome parkinsonien est net. Il y a eu parallélisme dans l'apparition des troubles psychiques et du syndrome neurologique. En 1932, quand la mère a conduit son fils au D<sup>r</sup> R., de Limoges, celui-ci lui a parlé de « somnambulisme » et de « catalepsie ».

A noter que le syndrome d'automatisme mental est à peu près pur. Le malade n'a organisé aucun délire, il a accepté les explications qui lui ont été fournies par sa mère, il subit passivement les sensations pénibles qui lui sont imposées. Il s'agit donc d'un syndrome d'automatisme mental à forme d'influence, comme nous en avons déjà rapporté plusieurs observations, notamment avec Le Guillant et avec Lagache. Des observations analogues ont été rapportées par MM. Marchand et Courtois.

Du point de vue doctrinal, il est toujours intéressant de montrer l'origine nettement organique du syndrome d'automatisme



mental et, en la circonstance, toutes les explications psychologiques et phénoménologiques sur la production du syndrome hallucinatoire par des perturbations de la personnalité, nous paraissent inopérantes et superflues.

2° Il est remarquable que, si le fils présente un syndrome d'automatisme mental à peu près pur, par contre, la mère apporte sa collaboration dans l'organisation du délire de persécution, d'influence et de sorcellerie. Elle-même n'est point hallucinée, mais depuis plus de 30 ans, cette paysanne limousine, qui croit à la sorcellerie, a toujours rapporté au « mauvais sort » les événements fâcheux qui sont survenus dans sa famille et sur son « petit bien ». Dès 1912, elle attribue à une vache, vendue par un cultivateur qui voulait s'en défaire, quelques fâcheux incidents qui sont arrivés : la vache a avorté, Mme Ch... a eu des douleurs dans les jambes, probablement d'origine rhumatismale ; c'est la vache qui avait apporté le « mauvais sort », celui-ci s'est dissipé quand la vache a été vendue. Plus tard, pendant la guerre, une autre vache a été achetée : deux veaux de la ferme sont morts, preuve manifeste de la sorcellerie. Mme Ch... a l'habitude de consulter les cartomanciennes, les voyantes, les diseuses de bonne aventure, nombreuses au pays limousin.

En 1931, son fils tombe malade, il a des douleurs à l'estomac, il s'endort sans raison, il a mal à la tête, il a des sensations étranges. Normalement, elle le conduit à un médecin de Limoges, spécialiste de la radiologie. Le garçon est radiographié, mais on ne constate rien d'anormal. Le Dr R... parle de somnambulisme, de catalepsie. Une sorcière consultée a donné le maître-mot : « C'est de l'envoûtement. » Dès lors, l'action du médecin est devenue inutile. La mère est allée de sorcière en voyante, elle a consulté des sourciers ; elle n'a pas négligé non plus l'essai du miracle : elle a conduit son fils à Lourdes. Devant l'échec de toutes ces tentatives, elle a recours aux voyants, aux fakirs, dont les annonces s'évalent dans les journaux quotidiens. Elles leur a écrit, ils ont répondu. Elle a acheté très cher leurs horoscopes, leurs conseils astrologiques, leurs journaux de métapsychie. Elle s'est adressée jusqu'en Belgique, où « La Psychology Fondation » lui a vendu 900 francs un livre de psychologie.

La mère n'a qu'une pensée, guérir son enfant. Dans la maison, elle est habituée à commander. Le mari, qui exerce, dans les marchés, la profession de hongreur-castreux, est souvent absent : brave homme et mari très faible, il remet à sa femme tout l'argent de la maison. Mme Ch... le dépense en voyages : elle est allée deux fois à Lourdes, trois fois à Paris ; en achats de livres, cor-

resondances avec les fakirs, les spécialistes de la métapsychie et de la radiesthésie. Elle disparaît sans même prévenir son mari. Celui-ci a du bon sens, il assiste désespérément au désastre, il essaie de persuader sa femme qu'elle a tort, qu'elle est la victime de charlatans ; elle réagit par de la colère, des injures, elle traite son mari de « canaille » et est prête à l'accuser de complicité dans la maladie de son fils. A ce point de vue, la confrontation qui a été faite à l'Infirmierie Spéciale fut dramatique, par l'éclat de l'hostilité de la femme contre son mari qui sanglotait. Despotique dans la maison, elle n'obéit qu'aux ordres des sorcières ; l'une lui dit d'aller passer quelques jours à Bersac, elle y reste 3 semaines sans que son mari soit prévenu. Là, elle reçoit le conseil d'aller à Paris, et de se séparer de son fils pendant un certain temps : elle part aussitôt, place son fils dans un hôtel, va vivre dans un autre ; dans l'intervalle, le patron de l'hôtel, en présence de l'évidente maladie de son locataire, le fait transporter à Lariboisière. La mère revient, apprend l'hospitalisation, se rend à l'hôpital, exige la sortie de son enfant. Sur les conseils de l'hôtelier, elle va consulter le Dr P..., neurologue averti qui reconnaît l'état pathologique des deux malades et les envoie à la Maison de Santé du Dr Vurpas. Celui-ci, en l'absence de toute famille responsable, avise la Préfecture de Police en vue d'un placement d'office.

A l'Infirmierie, l'attitude de la mère et du fils est caractéristique. La mère n'a qu'une pensée ; guérir son fils par tous les moyens ; elle est attachée passionnément à lui. La fixation est d'ailleurs réciproque et le fils a peur que sa maladie se transmette à sa mère.

L'automatisme mental hallucinatoire, produit chez le fils par une encéphalite, est resté quasi à l'état pur. Il a accepté passivement les explications données par sa mère ; spontanément, il n'a réagi que par des lamentations et des pleurs. Le délire a été organisé, systématisé par la mère, dont les croyances à la sorcellerie étaient anciennes et elle a trouvé facilement des aliments à son délire dans les explications données par les sorcières du voisinage. Il y a chez elle un état délirant, une conviction absolue ; c'est elle qui a été l'élément actif de la psychose, du délire et des conséquences : elle a dirigé les voyages et les tentatives de traitement dans tous les milieux.

Sans doute, on peut parler ici de délire à deux, mais il s'agit plutôt d'une psychose chronique d'influence en deux personnes. D'une façon quasi-expérimentale, la psychose d'influence « psychose mixte », comme le délire de persécution, est disso-

ciée en ses deux éléments : automatisme mental et construction délirante, représentés par deux personnages distincts, unis par un tel attachement affectif que cette « psychose en deux personnes » a gardé son unité.

3° Enfin, il nous est impossible de ne pas souligner le rôle néfaste et anti-social de tous les charlatans, sorcières, voyantes, sourciers, radiesthésistes, fakirs, cartomanciennes et métapsychiques, qui ont exploité ce couple, lui ont escroqué plus de 80.000 francs et ont ruiné la famille. Les réclames de ces praticiens illégaux de la médecine s'étalent dans tous les journaux : elles constituent de véritables escroqueries, qui s'exercent toujours au détriment de malades.

Il n'est pas de semaine qu'à l'Infirmierie Spéciale, nous ne constatons des faits de ce genre. Au cours des délires d'influence, des délires spirites, des délires mystiques, etc., les malades s'adressent spontanément à tous les charlatans spécialisés qui les exploitent et les volent.

Il nous semble que la Société médico-psychologique pourrait prendre l'initiative d'un *vœu* pour demander que des mesures soient prises contre cette forme particulière de l'escroquerie.

M. VURPAS. — Quand ces deux sujets sont venus à ma consultation, la mère avait encore sur elle 10.000 francs qu'elle offrait à qui désenvoûterait son fils. Celui-ci était tellement inanitié par la diète que lui imposait sa mère pour éviter l'empoisonnement que sa bouche était pleine de muguet.

A la suite de la proposition de M. Heuyer, la Société désigne une *Commission* composée de MM. CLAUDE, COURBON, GUIRAUD, HEUYER, MARCHAND, RAYNEAU et VURPAS chargée d'étudier l'opportunité et la rédaction d'un *vœu* à adresser aux pouvoirs publics pour assurer la protection des malades contre de telles manœuvres.

La séance est levée à 11 h. 45.

*Les Secrétaires des séances,*  
P. ABÉLY et P. CARRETTE.

---

Séance du lundi 23 mars 1936

---

Présidence : M. VURPAS, président

---

En ouvrant la séance, M. VURPAS, *président*, souhaite la bienvenue au professeur Henrique Roxo, de Rio de Janeiro, *membre associé étranger* de la Société médico-psychologique, qui assiste à la séance.

### Adoption du procès-verbal

Le procès-verbal de la séance du jeudi 13 février et le procès-verbal de la séance du lundi 24 février sont adoptés.

### Décès de M. le Professeur L. Bouman

M. VURPAS, *président*, fait part à la Société du décès de M. le Professeur L. BOUMAN, d'Utrecht, *membre associé étranger* de la Société médico-psychologique depuis le 30 mai 1927, et exprime à sa famille et aux psychiatres hollandais les sentiments de condoléance émue de la Société.

### Correspondance

M. Paul COURBON, *secrétaire général*. — La correspondance manuscrite comprend :

une lettre de Mlle le D<sup>r</sup> Andrée DESCHAMPS, Médecin-directeur de l'asile de Rodez, qui remercie la Société de l'avoir élue *membre correspondant national* ;

une lettre de M. le D<sup>r</sup> Alberto BROCHADO, de Porto, qui remercie la Société de l'avoir élu *membre associé étranger* ;

une lettre de M. le D<sup>r</sup> MANS, Médecin-chef à l'asile de Leyme (Lot), qui demande à faire partie de la Société au titre de *membre correspondant national*. La Société désigne une Commission composée de MM. Roger ANGLADE, GUIRAUD et Paul ABÉLY, rapporteur, pour examiner cette candidature : le vote aura lieu à la séance du lundi 27 avril 1936.

## COMMUNICATIONS

A propos des lésions du fond de l'œil chez les paralytiques généraux traités par la tryparsamide, par M. L. MARCHAND.

Depuis la dernière séance de la Société, il est paru, dans le fascicule de février 1936 des *Archives of Neurology and Psychiatry*, p. 420, un travail de Bookhammer, médecin de l'Hôpital psychiatrique de Philadelphie intitulé : *Atrophie du nerf optique dans la démence paralytique ; ses relations avec le traitement par la Tryparsamide*. Comme ce sel arsenical a une composition chimique très voisine du stovarsol, j'ai pensé qu'il était intéressant de rapprocher les conclusions de ce travail de celles que je vous ai exposées sur le même sujet le 12 mars dernier.

L'étude de cet auteur porte sur un groupe de 262 paralytiques généraux. Sur ce nombre, 79, soit 30,1 %, présentaient, avant le traitement, des altérations du fond de l'œil. Parmi eux, 53, soit 20,2 %, étaient atteints d'une lésion du nerf optique ; 10 avaient une atrophie complète ; 9 une atrophie partielle ; 34 un début d'atrophie. Chez les autres 26 sujets, soit chez 9,9 %, on notait seulement une légère décoloration papillaire. Un premier point important à relever est cette fréquence, aux Etats-Unis, des lésions du fond de l'œil chez des paralytiques généraux qui n'ont encore reçu aucun traitement arsenical. Le pourcentage dépasse de beaucoup le nôtre qui était seulement de 11,3 % (13 sujets sur 115).

Parmi ces 79 paralytiques généraux avec altération du fond de l'œil, l'auteur traita seulement les 26 malades qui étaient atteints d'une légère décoloration papillaire ; 9 présentèrent des symptômes d'atrophie optique.

Sur les 183 malades qui avaient un fond de l'œil normal avant le traitement, 10, soit 5,4 %, furent atteints d'atrophie du nerf optique au cours du traitement.

Ce pourcentage est plus faible que le nôtre qui est de 12,6 %, mais nous faisons rentrer dans ce groupe les cas d'atrophie papillaire apparue après la cessation du traitement qui ne peut être incriminé.

De ses constatations, Bookhammer admet que l'atrophie du nerf optique dans la démence paralytique dépend de l'atteinte syphilitique et que la tryparsamide ne semble pas avoir une affinité spéciale pour ce nerf, mais doit agir indirectement en



stimulant le processus latent pathologique. Il est évident que, d'après leur statistique, l'énorme pourcentage des paralytiques généraux atteints de lésions papillaires avant tout traitement plaide en faveur de cette interprétation.

Pour cet auteur, le symptôme d'alarme le plus important consiste en la diminution de l'acuité visuelle avec visions de taches sombres et d'éclairs. Cette considération diffère de nos observations ; chez nos sujets, dont l'altération du fond de l'œil survint au cours du traitement au stovarsol, la lésion papillaire est apparue avant la diminution de l'acuité visuelle.

### Méthodes spéciales de traitement des maladies mentales, par M. Henrique Roxo (de Rio-de-Janeiro).

*Résumé.* — M. le Professeur Henrique Roxo, titulaire de la chaire de Psychiatrie Clinique de l'Université de Rio-de-Janeiro, expose ses *méthodes spéciales de traitement des maladies mentales*, en particulier par les *extraits fluides*.

Dans son service de la Clinique Psychiatrique passent chaque année à peu près 2.000 malades, tous traités par lui.

Dans la confusion mentale, quand il y a insuffisance hépatique, il emploie l'extrait fluide de *caínea*. Dans la psychose alcoolique, il emploie le *Capsicum annuum* qui est le poivre des jardins et qui guérit très rapidement. Dans l'opiomanie, il prescrit l'*herbe bouton* ; dans la schizophrénie, le *houblon*, la *laitue* et le *mulungú* avec l'*iodure de calcium* ; dans le délire épisodique et dans tous les délires hallucinatoires, les injections de *valérianate d'atropine* ; dans les états maniaques, le sirop de *chloral* avec de l'*ergotine* ; dans les états mélancoliques, le *damiane*, médicament qui donne la joie ; dans la psychose d'involution, l'*extrait de testicule*, même pour les personnes du sexe féminin, en employant le *gardénal* avec la *dionine*, le *cratægus* et la *jusquiame* quand il y a anxiété ; dans l'artério-sclérose cérébrale, l'*abacatier* avec l'*iodure*, l'*arséniate de soude* et le *glycérophosphate de soude* ; dans la syphilis cérébrale, il préfère le *bismuth*, mais il n'emploie jamais l'association avec le *soufre* qu'il considère comme un excitant du système nerveux ; dans la démence sénile, l'*abacatier* et la *pariparoba*, en dehors de l'*iodure* ; dans la paralysie générale, la *malariathérapie*, jamais le *mercure* ; dans l'épilepsie le *gardénal* avec la *jusquiame* et la *belladone* ; dans l'hystérie, le *simulo* et le *mulungú* ; dans la neurasthénie, jamais la *kola* ni la *strychnine*, mais de préférence l'*ovo-lécithine*, l'*extrait de cerveau*, l'*or colloïdal* et le *glycéro-phosphate de magnésie*, en utilisant le *houblon* et la *laitue* quand il y a des troubles de la cénesthésie, le *Veratrum viride* dans le névrosisme cardiaque, la *Nectandra amara* avec le *Cannabis*, la *jusquiame* et la *belladone* dans

le névrosisme intestinal ; l'*Echinacea angustifolia*, la *jusquiame* et la *muirapuana* dans le névrosisme sexuel ; dans les oligophrénies, la *thyroïde*, le *thymus*, la *glande pinéale* et le 914.

Il préconise la thérapeutique par le travail et les distractions. En certains cas il utilise la *psycho-analyse*, en employant surtout la méthode de la *sublimation*.

### Cyclothymie et dysendocrinie. Essai de traitement d'un cas, par M. J. RONDEPIERRE (1).

La psychose maniaco-dépressive étant considérée par divers auteurs et notamment, en France, par MM. X. et P. Abély, comme due à un hyperfonctionnement du lobe antérieur de l'hypophyse, il nous a paru intéressant de vous présenter un ancien maniaque paraissant présenter un *hypofonctionnement* de cet organe et dont la maladie semble avoir été favorablement influencée par des injections d'antélobine.

Le « *primum movens* » de la manie ne serait-il pas un *dysfonctionnement* plutôt qu'un *hyperfonctionnement* du lobe antérieur de l'hypophyse ?

Une seule observation ne saurait trancher ce débat, du moins permet-elle, croyons-nous, de poser la question.

Il s'agit d'un malade de 30 ans, interné à l'âge de 20 ans par l'Infirmerie spéciale à l'occasion d'un accès de confusion mentale apparu au moment du décès de sa mère, morte de tuberculose pleuro-pulmonaire.

Il est ensuite considéré, à tort, comme un débile mental alcoolique et est transféré en 1927 à Fains, avec ce diagnostic.

Dès le certificat de quinzaine (24-2-27), la sortie est envisagée par le Dr Maupaté, mais, en août 1927, brusquement, survient un accès d'agitation intense et jusqu'en 1934 il ne peut plus être question de liberté parce que, au minimum tous les six mois, surviennent des accès maniaques dont certains sont d'une intensité remarquable. Il semble d'ailleurs s'y ajouter un certain degré de confusion mentale et l'on soupçonne des hallucinations auditives. En 1929 notamment, traité par les bains prolongés, le malade met de l'eau dans sa bouche et la crache sur le personnel ; en cellule il se barbouille avec ses matières, se coiffe de son vase de nuit rempli d'urine, refuse la nourriture certains jours.

L'insomnie est complète.

(1) Les conditions dans lesquelles nous travaillons actuellement ne nous permettraient de mentionner qu'une bibliographie fort incomplète. Nous nous en excusons auprès de tous ceux qui publient sur cet intéressant sujet.

Mais ces accès durent rarement plus de huit à dix jours ; le plus souvent ils durent quatre à cinq jours.

Très rarement l'accès d'agitation est remplacé par un accès dépressif avec torpeur, obnubilation, refus partiel d'aliments, mutisme, gâtisme.

Entre ces accès le sujet est absolument normal, lucide, poli, timide, un peu renfermé mais s'occupant utilement.

Il ne nous a été donné d'observer personnellement qu'un seul de ces accès d'agitation, il nous a paru caractéristique (euphorie, farces, sifflements, chants, insomnie).

Somme toute un seul diagnostic à discuter, semble-t-il, si l'on met en doute la psychose maniaco-dépressive : bouffée délirante polymorphe des dégénérés de Magnan, étant donné surtout que le sujet présente des stigmates dystrophiques.

On sait que pour mon maître, M. le Professeur agrégé Lévy-Valensi, cette affection n'est autre chose qu'un accès maniaque rendu atypique par un fonds de débilité mentale.

Mais notre malade n'est pas un débile mental.

Démence précoce au début ? Hypothèse insoutenable, étant donné la marche de la maladie et la très longue durée des rémissions par rapport aux accès psychopathiques.

Les réactions de Bordet-Wassermann, Meinicke et Kahn sont négatives dans le sang. Il n'existe aucun signe de tuberculose.

En janvier 1934, examinant ce malade, nous sommes frappés par son aspect gynandroïde : absence de moustache et de barbe, peau très fine, disposition féminine des poils du pubis qui sont très fins (triangle à base supérieure), membres arrondis, bassin plus large que normalement, très légère gynécomastie double, enfin surtout testicules atrophiés (de la grosseur d'une noisette).

Le sujet n'a jamais eu les oreillons.

Il se masturbe environ tous les quinze jours et il a des éjaculations assez abondantes. Peu avant son internement il aurait eu des rapports sexuels normaux.

Nous pensons alors aux corrélations hypophyse antérieure et testicule et nous nous demandons si l'hypophyse de notre malade fonctionne normalement.

Bien qu'assez sceptiques à l'égard de cette méthode, nous nous proposons de demander, à un homme de laboratoire très sérieux, un examen interférométrique ; il nous sera répondu :

« Fonctionnement *normal* du testicule ».

« Hypofonction de l'hypophyse antérieure » (1).

(1) Nous avons actuellement dans le service un autre malade, dément paranoïde, présentant une gynécomastie considérable avec verge infantile, atrophie des testicules, absence de barbe et moustache, et disposition féminine des poils du pubis. L'examen interférométrique a donné, pour lui, les résultats suivants : fonctionnement normal de l'hypophyse antérieure et du testicule.

Le dernier accès maniaque date de janvier 1935.

On institue à ce moment (en plein accès maniaque) un traitement par l'antelobine, non à cause du résultat (1), — très discutable, — de l'examen interférométrique, mais en raison de l'insuffisance testiculaire objectivement constatée et sur laquelle nous pouvons espérer avoir une action par l'intermédiaire de l'hypophyse, étant donné la synergie de ces deux glandes.

L'accès tourne court, mais il est vraisemblable qu'il ne s'agit que d'une coïncidence puisque les accès antérieurs n'étaient jamais longs.

Depuis un an le malade a reçu seulement (pour des raisons indépendantes de notre volonté), 3 séries de 6 ampoules d'antelobine et 5 séries de dix ampoules d'extrait orchitique.

La guérison se maintient parfaite depuis quatorze mois.

La moustache a poussé légèrement.

Il n'a pas été constaté la présence de spermatozoïdes dans le produit de l'éjaculation.

L'examen interférométrique qui vient d'être pratiqué (21 mars 1936) indique un fonctionnement normal de l'hypophyse antérieure et du testicule.

Pour Zondek, on le sait, la manie serait liée à l'hypobromémie ; et, pour Kuranami Teikichi (2), l'injection de lobe antérieur d'hypophyse ferait augmenter le taux du brome du sang, mais cette dernière opinion est contredite par de nombreux auteurs.

En résumé, depuis 14 mois que ce traitement a été commencé, les crises d'excitation maniaque qui revenaient tous les six mois au moins, n'ont pas reparu.

Nous ne nous faisons pas d'illusions sur la valeur présente de cette observation, on nous objectera facilement qu'il peut s'agir de coïncidence, de rémission spontanément plus longue que de coutume, c'est pourquoi nous abstenons-nous, actuellement, de conclure.

Nous nous proposons de suivre ce malade et de vous le représenter si sa guérison se confirme.

Peut-être, au fond, cette observation n'est-elle pas tellement en contradiction avec l'hypothèse attribuant les accès maniaques à un hyperfonctionnement du lobe antérieur de l'hypophyse ; en effet — en supposant encore une fois qu'il ait quelque valeur — notre examen interférométrique indiquant un hypofonctionnement de cette glande a été pratiqué quatre mois après l'accès,

(1) Il n'était pas encore, à ce moment, en notre possession.

(2) Cité par le Prof. C.-E. Urechia et Mme Retezeanu (Cluj Roumanie), dans un article de la *Presse Médicale* du 1<sup>er</sup> mai 1935 : « Nouvelles recherches sur le Brome sanguin. »

rien ne prouve qu'il n'aurait pas décelé un hyperfonctionnement lors de l'état maniaque.

Ce renversement dans l'activité d'une glande n'est pas une simple supposition et nous avons présenté ici-même, avec notre maître M. le D<sup>r</sup> Simon (1) un malade porteur d'un syndrome presque identique traduisant un hypofonctionnement de l'hypophyse antérieure et qui, réformé pour exigüité de la taille (1 m. 50), avait grandi, entre 23 et 24 ans, d'une trentaine de centimètres, accroissement soudain qu'il faut bien interpréter comme la traduction d'un hyperfonctionnement de l'antéhypophyse.

Mon maître, M. le Professeur Claude, a d'ailleurs, avec Bourgeois, Masquin et Cuel (2), publié les résultats de l'examen anatomo-pathologique de ce même malade et sa communication se termine par ces lignes :

« Il faut noter, en effet, que le propre des syndromes glandulaires est d'apparaître par phases irrégulières, suivant des alternatives d'hyper et d'hypoactivité de l'une ou l'autre glande.

« Chez un individu porteur d'un syndrome d'hypertension intra-cranienne, on vit apparaître d'abord une phase d'hypersexualité se traduisant par une vie génitale intense, puis une phase de frigidité, puis une phase où le myxœdème s'installa. « A l'autopsie, on constata que, sous l'influence de l'hypertension, son hypophyse s'était ratatinée. »

Il est certain, en tous cas, que l'excitation sexuelle des maniaques cadre beaucoup mieux avec l'hypothèse d'un hyperpituitarisme antérieur.

M. Paul ABÉLY. — La présentation de M. Rondepierre est particulièrement intéressante pour mon frère et moi qui, depuis plusieurs années, étudions par des procédés successifs les rapports du fonctionnement hypophysaire et de la psychose maniaque dépressive, plus spécialement dans sa forme maniaque. Il apparaît de plus en plus que l'hypophyse est en relation directe avec l'hypothalamus, lequel est le centre neuro-végétatif supérieur et qu'elle est la glande maîtresse des autres glandes endocrines. A la suite de nos recherches biologiques, nous avons fait également des essais thérapeutiques. Nos résultats ne concordent pas avec celui présenté par M. Rondepierre. L'injection

(1) Th. SIMON et RONDEPIERRE. — Débile affaibli avec syndrome eunuchoïde. *Ann. Méd.-Psych.*, oct. 1930, p. 232.

(2) H. CLAUDE, P. BOURGEOIS, P. MASQUIN et CUEL. — Syndrome pluri-glandulaire tardif (présentation de pièces). *Ann. Méd.-Psych.*, juin 1931, p. 40. L'hypophyse présentait des lésions, d'ailleurs discrètes.



d'extraits hypophysaires totaux antérieurs ou postérieurs n'ont en rien modifié le cours de l'accès et cela dans un sens quelconque. Il en fut de même de l'ionisation transcérébrale. Peut-être les doses employées étaient-elles insuffisantes ? Peut-être la préparation du lobe antérieur d'hypophyse n'est-elle pas encore parfaite ? Peut-être aussi, s'il s'agit d'un hyperfonctionnement, cette thérapeutique est-elle, au contraire, contre-indiquée ?

Nous n'avons pas encore essayé un traitement préventif dans la période intercalaire.

Nous nous proposons d'agir sur l'hypophyse par des procédés différents : par la radiothérapie et surtout par la diathermie dont l'efficacité peut être relativement contrôlée par la spectroréductométrie. Nos recherches sont dans ce sens. En revanche, nous avons obtenu, dans les accès maniaques, d'intéressants résultats par les extraits thyroïdiens administrés par la voie hypodermique. Nous nous proposons de publier prochainement un important pourcentage de succès en essayant d'en donner une explication biologique.

Il importe, avant de tenter une étude biologique et une thérapeutique rationnelle, d'être absolument certain du diagnostic psychiatrique. Les vrais intermittents de la psychose maniaque dépressive ne sont pas si fréquents qu'on pourrait le supposer au premier abord.

Souvent, après un assez long temps d'observation, après la précision des commémoratifs, il faut éliminer des malades pris d'abord pour des périodiques vrais : tels des schizophréniques intermittents à type pseudo-maniaco-dépressif, et surtout des états de déséquilibre affectif du type sympathicotonique qui réagissent par des états d'apparence cyclothymique. Chez de tels malades, quelquefois l'hypophyse peut avoir d'heureux effets à la faveur de réactions pluriglandulaires qui peuvent modifier les réactions sympathiques. Je me demande si le malade de M. Rondepierre qui, à l'âge de 20 ans, a été interné à la suite d'une confusion mentale consécutive à un choc émotif très important, ne rentre pas dans cette catégorie.

M. Xavier ABÉLY. — Je désirerais ajouter deux arguments en faveur de la thèse que nous soutenons.

1° Rondepierre base surtout son appréciation de l'hypofonctionnement hypophysaire sur l'atrophie testiculaire et l'insuffisance sexuelle de son malade. C'est là une déduction bien contestable. Il est grossièrement vrai que l'hypophyse antérieure exerce une action stimulante sur la glande génitale et que, par consé-

quent, l'insuffisance hypophysaire peut se traduire par une insuffisance génitale. Mais c'est là une vue trop simpliste. En réalité, l'hypophyse possède surtout un rôle de régulation de toutes les glandes endocrines. Tout excès de sécrétion d'une de ces glandes entraîne la diminution de la stimuline hypophysaire correspondante. En revanche, toute diminution de la sécrétion de la même glande entraîne l'hyperproduction de la stimuline hypophysaire. La castration expérimentale, chez l'animal, est suivie d'une augmentation de la sécrétion hypophysaire. Il n'y a donc aucune incompatibilité entre l'atrophie génitale et l'hyperfonctionnement hypophysaire.

2° Quant aux résultats thérapeutiques obtenus à l'aide d'injections d'extraits antéhypophysaires du commerce dans la psychose intermittente, ceux-ci sont vraiment sujets à caution. On pense bien que nous avons voulu connaître l'action de ces injections chez les maniaques. De multiples essais ne nous ont pas permis d'en tirer une conclusion pratique. Il n'existe pas en France, pas plus qu'à l'étranger, d'extraits commerciaux d'hypophyse antérieure qui ne soient d'une impureté manifeste. Des tentatives thérapeutiques plus concluantes n'ont pu être pratiquées qu'à l'aide de l'urine de femmes enceintes. L'opothérapie par injections antéhypophysaires n'est donc pas au point et il faut être très réservé sur son action réelle. Mais il y a plus : l'administration prolongée d'hormone d'hypophyse antérieure détermine l'apparition dans le sang d'anticorps, d'antihormones spécifiques. On peut donc déterminer un freinage de la sécrétion hypophysaire par l'injection d'extraits hypophysaires et obtenir un résultat contraire à celui que l'on croit provoquer. Cette propriété spéciale aux hormones antéhypophysaires a été exploitée pratiquement dans la maladie de Basedow.

L'intéressante observation de M. Rondepierre ne nous paraît pas présenter un argument décisif contre notre conception de la manie liée à l'hypersecretion antéhypophysaire.

M. RONDEPIERRE. — Je demande à M. P. Abély de me faire confiance pour le diagnostic, ce sujet a été, durant un an, à mon service comme domestique, il ne s'agissait certainement pas d'un schizophrène.

J'ai employé l'antélobine Byla, les doses ont certainement été insuffisantes, mais ce produit, indiscutablement, agit ; je l'ai utilisé avec succès chez une femme mariée depuis sept ans et qui a pu enfin avoir un enfant grâce à la régularisation de ses menstrues, résultat que la folliculine seule n'avait pu obtenir.

**Paralysie générale et hémorragie méningée : un cas d'hématome intra-arachnoïdien, par MM. DONNADIEU et BARGUES.**

Il est classique et exact de dire que les lésions d'origine vasculaire, dont les signes caractérisent la syphilis cérébro-spinale, sont exceptionnelles dans la méningo-encéphalite diffuse de type paralytique. On a fait, de cette opposition, un élément de diagnostic : sa valeur différentielle n'est pas absolue. Périodiquement, quoique rarement, on rapporte des exemples de ramollissement cérébral au cours de l'évolution de la paralysie générale, surtout au début. Moins fréquentes encore que les lésions malaciques, sont les hémorragies qui constituent un accident exceptionnel. Les méningées pures nous retiendront seules dans cette brève étude.

Du fait de leur localisation et de leur aspect clinique, ces hémorragies méningées peuvent être :

soit sous-arachnoïdiennes véritables,

soit sous-durales proprement dites, au sens de la classification habituelle des accidents de cet ordre, c'est-à-dire sus-jacentes aux espaces sous-arachnoïdiens et sous-jacentes à la dure-mère.

Toutes sont une rareté, le plus souvent découvertes à l'autopsie.

a) Les épanchements sous-arachnoïdiens, auxquels l'un de nous a consacré sa thèse de doctorat (Bordeaux, 1931), sont les moins souvent signalés dans la paralysie générale. Targowla, à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, le 29 octobre 1926, leur a consacré une étude et en a rapporté deux cas survenus à la phase pré-symptomatique de la méningo-encéphalite.

Ils se rencontrent ainsi au début de l'affection dont ils constituent le premier accident épisodique saillant, ont une symptomatologie classique, mais d'ordinaire fruste, un pronostic favorable, posent les mêmes problèmes pathogéniques que nous signalerons plus loin, enfin peuvent avoir l'intérêt de faire découvrir le processus méningo-encéphalitique inconnu jusque-là.

b) Les hémorragies sous-durales sont constituées essentiellement par la pachyméningite hémorragique, la seule que les traités classiques signalent comme complication éventuelle, mais rarissime, de la paralysie générale. Les psychiatres connaissent bien l'aspect clinique et anatomique de cet accident pour le rencontrer dans d'autres circonstances étiologiques. Trénel (pachyméningite hémorragique et hématome intra-arachnoïdien : Société clinique de Médecine mentale, 18 janvier 1926), l'a différenciée

d'une autre variété d'hémorragie sous-durale qu'il propose d'appeler l'hématome intra-arachnoïdien, qui se différencierait, d'une part, du raptus sous-arachnoïdien par l'enkystement et l'absence d'irruption de sang dans les espaces sous-arachnoïdiens avec intégrité du liquide céphalo-rachidien ; d'autre part, de la pachyméningite par l'aspect de la dure-mère indemne des lésions classiques.

C'est un fait de ce genre, survenu chez un paralytique général sénile, que rapportait Marchand le 15 novembre 1926 à la Société clinique de Médecine mentale (Hémorragie intra-arachnoïdienne enkystée chez un malade atteint de paralysie générale sénile) et que représente l'observation ci-dessous.

OBSERVATION : Pr... Charles, sujet tchécoslovaque, 38 ans, entre à l'hôpital neuro-psychiatrique de Ber-Rechid, le 9 mai 1935, venant de l'hôpital Jules-Colombani de Casablanca.

Célibataire, le malade vivait seul et l'on ne sait rien de son passé pathologique : il semble cependant que sa sœur ait été internée en Tchécoslovaquie et qu'il ait présenté pendant la guerre une commotion cérébrale.

De même, l'histoire de sa maladie ne nous est fournie que par l'enquête de la police. Il se trouvait depuis un an sans travail par suite de ses troubles mentaux, tenait des propos incohérents, se prétendait grand ingénieur, décrivait des inventions bizarres. Plusieurs fois, il s'était présenté dans un magasin de chaussures, essayant tous les souliers et promettant de les payer lorsqu'un carnet de chèques lui serait remis par la banque où il avait ses millions. Il allait acheter des voitures automobiles dont il ne prenait pas livraison, cherchait à emprunter de l'argent en promettant des remboursements mirifiques. Un jour, ayant reçu une certaine somme d'un compatriote, il va acheter les cigarettes les plus chères et les distribue dans la rue aux Arabes.

Les diverses recherches biologiques, pratiquées le 8 mars 1935 à l'hôpital Jules-Colombani, ont donné les résultats suivants :

Sang : Bordet-Wassermann très faiblement positif.

Liquide céphalo-rachidien :

Cytologie : 34 éléments par mm<sup>3</sup> (lymphocytes).

Albumine : 0 gr. 57.

Pandy : positif.

Bordet-Wassermann : positif (+ + + +).

Benjoin colloïdal : 02222.22220.00000.0 (D<sup>r</sup> Jobard).

Le malade est alors impaludé le 8 mars (D<sup>r</sup> Pierson). En raison du mauvais état général, la malariathérapie est interrompue après le huitième accès et le transfert à l'hôpital neuro-psychiatrique décidé.

A son entrée, Pr... se présente comme un grand paralytique général.

Facies euphorique et niais, muscles faciaux atones, dysarthrie extrêmement marquée.

Les idées de grandeur sont nombreuses et incohérentes : il est ingénieur, mécanicien, architecte, l'automobile qu'il voit vaut 300.000 fr., le prix de la sienne qui fait 500 mètres à l'heure..., il est riche, a 10 millions, gagne beaucoup d'argent grâce à son invention de tapis-dynamite pour les banques : « ...C'est un tapis qu'on place devant la caisse, explique-t-il ; quand le voleur vient, il touche un bouton et le courant passe : 400 volts ! ça explose ! le voleur monte au plafond et il ne reste qu'un squelette... » ; si l'architecte sait y faire, cette invention lui rapporte un milliard.

Il a inventé des protège-jambes en platine : comme son oncle a des mines dans l'Oural, ce métal ne lui coûte rien. Il veut s'occuper de politique, réunir tous les pays ensemble et se faire Arabe pour avoir beaucoup de femmes, car ses besoins génésiques sont grands (cent rapports au moins par nuit).

A l'examen physique : pupilles en myosis ne réagissant ni à la lumière ni à l'accommodation ; tremblement marqué de la langue, des lèvres et des mains ; réflexes rotuliens vifs des deux côtés surtout à droite ; réflexe achilléen faible à droite, nul à gauche.

On note par ailleurs un œdème intermittent du membre inférieur gauche, sans lésion squelettique radiologiquement décelable.

Le 14 mai, on institue un nouveau traitement pyrethérapique : jusqu'au 26 juin le malade reçoit 9 injections de sulfosine à 2 0/0 et à des doses croissantes. La température maxima est 39°9.

Le 30 juin, on injecte 0 gr. 50 de Stovarsol ; le 4 juillet, 1 gr. du même produit.

Le 6 juillet, après l'heure de la sieste, le malade ne se lève pas. L'infirmier lui parle ; il regarde l'air hébété mais ne répond pas. Température : 37°.

Le 7 juillet l'état est le même. Pas de paralysie des membres qui présentent une contracture légère mais généralisée. Le malade, tenant une pêche dans une main et une ciragette dans l'autre, veut allumer la pêche à l'allumette. Pas de fièvre. Le soir, ne peut plus avaler.

Le 8 juillet, coma complet et mort à 17 heures.

AUTOPSIE : A l'ouverture du crâne, la dure-mère frontale droite apparaît violacée, sus-jacente à une masse fluctuante qui a repoussé et déprimé le lobe frontal droit. A l'incision, il s'écoule deux grands verres de sang liquide, qui se trouvait contenu dans la région frontopariétale droite entre la dure-mère en dehors, une membrane limitante en dedans qui n'est pas la pie-mère mais semble l'arachnoïde. La pie-mère est épaissie, adhérente au cerveau qu'elle déchire si on veut la décoller. La dure-mère n'offre pas de lésion macroscopique.

Les deux lobes frontaux sont symphysés à hauteur du pôle. On ne note pas, au niveau du plancher du quatrième ventricule, d'épaississement pie-mérien.



COMMENTAIRES. — Malgré l'absence d'examen histologique, absence imputable à des causes indépendantes de notre volonté et dont nous nous excusons, nous avons cru bon de vous présenter cette observation, non seulement parce qu'elle constitue, du fait des facteurs étiologiques, une véritable curiosité anatomoclinique, mais encore par les problèmes pathogéniques qu'elle permet d'envisager.

Il ne convient pas de discuter l'existence de la méningo-encéphalite, dont nous avons des preuves biologiques et anatomiques et d'imputer à l'hématome tous les troubles psychiques : celui-ci ne fut qu'un accident terminal d'une vésanie évoluant depuis de longs mois.

Il est plus intéressant de se demander si l'hémorragie n'est pas consécutive à une cause morbide surajoutée (intoxication, traumatisme, etc.). Le trauma peut être formellement rejeté ; quant à quelque intoxication, on n'en eût aucune notion et l'examen du sujet n'a pas orienté vers semblable hypothèse. On ne peut donc retenir, dans l'étude étiologique, que le processus méningo-encéphalitique d'origine syphilitique et les traitements subis, en premier lieu, la malariathérapie. Le fait que notre malade ait subi cette méthode permet, une fois de plus, de discuter des rapports de la malariathérapie et de certaines lésions rencontrées après son administration, ce qui pose le problème du mécanisme de son action. Transforme-t-elle, comme l'ont prétendu Gerstmann, Strausler et Koskinas, etc., un processus paralytique en processus syphilitique ? Bien des arguments histologiques et cliniques (Spielmeyer, Jaurregg, Ducosté, etc.) contredisent pareille hypothèse.

Quoi qu'il en soit, des faits comme celui que nous avons observé méritent d'être versés aux débats.

M. MARCHAND. — Les hémorragies intra-arachnoïdiennes ou sous-durales ne sont pas communes au cours de la paralysie générale. Dans les rares cas que j'ai eu l'occasion d'observer depuis celui que viennent de citer les auteurs, j'ai constaté que l'athérome des artères méningées s'associait aux lésions de la paralysie générale de sorte qu'il est difficile de préciser si la rupture vasculaire est due à l'athérome ou à une artérite spécifique.

M. BARGUES. — Nous n'avons pas trouvé de lésion athéromateuse chez notre malade.

## Le butyl-éthyl-barbiturate de sodium dans le traitement du delirium tremens, par MM. BARGUES et GRIMAL.

L'utilisation des barbituriques dans le traitement du delirium tremens n'est pas nouvelle. La thèse de Quénée (Paris, 1926), inspirée par Ramond, contient une intéressante mise au point et une bibliographie de la question, à propos de l'emploi du di-éthyl-allyl-isopropyl-barbiturate de diéthylamine ou somnifène.

A l'occasion de recherches expérimentales, que nous rapporterons ultérieurement, sur un des produits de la même famille : le butyl-éthyl-barbiturate de sodium (spécialisé sous le nom de Sonéryl), et en raison des effets intéressants donnés par ce corps en clinique générale, nous l'avons utilisé dans les états de grande agitation et plus particulièrement dans un certain nombre de cas de delirium tremens. Ce sont les résultats obtenus que nous avons cru bon de vous rapporter.

Respectant une appellation défectueuse, mais du moins répandue, nous entendons, par delirium tremens, la confusion mentale onirique aiguë avec fièvre, d'origine alcoolique, dont nous avons l'occasion d'observer un nombre important de cas dans un service où l'alcoolisme (tant aigu que chronique) a motivé en 1935 25 % des entrées et où les malades nous parviennent directement sans séjour d'observation préalable. Outre la fréquence de cet accident, on sait sa haute gravité essentiellement imputable aux complications encéphaliques et à la défaillance myocardique. On connaît bien, d'autre part, les altérations organiques profondes, notamment hépato-rénales, qui l'accompagnent et jouent un rôle primordial dans sa production : les auteurs anciens les signalaient, les méthodes biologiques récentes en ont donné la preuve matérielle. Enfin, il est classique d'insister sur l'agitation extrême qui motive les exténuantes luttes du malade camisolé, l'activité désordonnée de celui que l'on abandonne en chambre d'isolement.

Ces trois éléments sont de nature à nécessiter une thérapeutique qui joigne, à une activité maxima, une toxicité minima. Nous ne rappellerons pas les nombreux traitements qui furent proposés depuis l'ellébore, que le berger Mélampe employa, dit-on, pour guérir d'un délire furieux les filles de Proteus, roi d'Argos, jusqu'à la strychnothérapie qui semble avoir la préférence d'un grand nombre de psychiatres. Simplement désireux de vous exposer une méthode, nous ne discuterons pas davantage la

valeur respective de ces procédés parmi lesquels ceux qui tendent à provoquer un bienfaisant sommeil nous paraissent préférables.

Le Soneryl a fait, depuis sa découverte par Carnot et Tiffeneau (1922), l'objet de fréquentes études, tant cliniques qu'expérimentales. Il nous a retenu par sa faible toxicité, sa grande mania-bilité, c'est-à-dire l'importance de l'écart entre la dose d'activité et la dose toxique (que l'on désigne par le rapport T/A : 2,57, chiffre le plus élevé des dérivés usuels de la série barbiturique), la facilité de son dosage et de son emploi. Il se présente en ampoules scellées contenant un gramme de produit actif qu'il convient de dissoudre dans 20 centimètres cubes d'eau distillée.

Après divers tâtonnements, et par analogie avec la posologie chirurgicale, la dose choisie fut de un centigramme et demi (0,015) de produit actif par kilog de poids du sujet (il y a cinq centigrammes par centimètre cube de la solution). Des doses inférieures ne donnent pas le résultat recherché et la dose toxique, d'après les données expérimentales, serait de neuf centigrammes par kilog.

Au cours de l'injection, pratiquée dans une veine du pli du coude avec une grande lenteur, en 3 à 5 minutes, soit environ 4 centimètres cubes à la minute, ou quelques minutes plus tard, le sujet s'endort. Le sommeil est, d'ordinaire, profond et calme, d'une durée moyenne de 4 à 6 heures. Nous n'insisterons pas sur ses caractères qui sont identiques à ceux que l'on a décrits pour les narcoses chirurgicales légères : les réflexes tendineux notamment, que nous avons systématiquement explorés, sont abolis pour reparaître au moment du réveil, le réflexe cornéen est tantôt présent, tantôt absent, du côté respiratoire, le rythme est régulier, la fréquence et l'amplitude diminuées.

Il convient de ne pas mobiliser le malade, de le maintenir dans une pièce silencieuse, dans une atmosphère chaude et de profiter de son calme pour lui faire les médications utiles : sérum physiologique ou glucosé, extraits hépatiques (Mattéi), etc. Nous insistons particulièrement sur la nécessité de pratiquer des injections toni-cardiaques (huile camphrée, caféine ou autre) : nous avons l'habitude d'administrer, par exemple, de l'huile camphrée au début de la narcose et quatre heures plus tard.

D'heure en heure, on assiste à une chute de l'hyperthermie.

Au bout du temps indiqué, le malade s'éveille progressivement : nous en profitons pour lui donner des boissons abondantes. Après quoi, d'ordinaire, il s'endort à nouveau pendant un certain nombre d'heures (6, 8, 10 ou même davantage). Ce sommeil est

le prélude de la guérison qui se fait selon les modalités habituelles : tout se passe comme si ce second épisode avait été le sommeil spontané de l'alcoolique, dont on sait le pronostic heureux.

Dans des cas très rares, l'agitation et l'onirisme reparaissent au premier réveil : on pratique alors une nouvelle injection d'une dose égale à la moitié de la première, soit sept milligrammes et demi (0,0075) par kilogramme de poids du sujet. Jamais nous n'avons eu à employer une troisième injection, la seconde ayant toujours donné le résultat recherché.

Bien que ce procédé ait été utilisé dans un nombre déjà important de cas et chez des individus porteurs de tares viscérales graves, notamment hépato-rénales, nous n'avons eu à déplorer ni incident, ni accident. Toujours, il est vrai, les malades ont été l'objet d'une surveillance très stricte, plus particulièrement en ce qui concerne l'état cardio-vasculaire, réchauffés et réhydratés : toutes précautions qui nous paraissent primordiales, et dont l'expérience clinique comme l'expérimentation animale, nous ont montré l'importance.

Nous rapportons ci-dessous, à titre d'exemples, quelques-unes de nos observations choisies à dessein parmi celles où les malades présentaient des altérations hépatiques massives.

#### OBSERVATIONS (très résumées) :

N° 4586. — T... Pierre, ouvrier de chai, 48 ans, entre au quartier d'aliénés le 23 octobre 1935 pour des troubles mentaux datant de 3 jours.

On ne relève dans ses antécédents que la notion d'excès de vin et d'inhalations importantes d'alcool, car il est préposé au nettoyage des cuves dans une distillerie, et une longue histoire d'insuffisance hépatique.

Les troubles actuels sont apparus dans la nuit qui a suivi une chute de bicyclette n'ayant entraîné que des lésions cutanées insignifiantes. Consistant au début en un simple onirisme nocturne, ils se sont progressivement aggravés jusqu'à réaliser l'état qu'à l'entrée on décrit de la façon suivante : « ...Syndrome typique de grand délire alcoolique suraigu avec confusion mentale profonde et onirisme très actif, agitation intense, fièvre élevée (40°5), sueurs profuses, tremblement... Etat général mauvais. Pronostic réservé... »

On note qu'il existe un subictère conjonctival, un foie très augmenté de volume débordant largement le rebord costal, des hémorragies gingivales et des pétéchies.

A 18 heures, le malade, qui n'a pu boire depuis son admission, reçoit un gramme de Sonéryl intra-veineux (il pèse environ 75 kilos) et immé-

diatement après 10 centimètres cubes d'huile camphrée et du sérum physiologique sous la peau. Le sommeil, survenu au cours de l'injection, dure jusqu'à 3 heures. A ce moment le malade boit abondamment et s'endort à nouveau. La température, qui est progressivement descendue d'heure en heure, est de 37°5 le 24 au matin.

Le second jour, T... reste somnolent et ne sort de sa torpeur que pour avaler ce qu'on lui présente.

Le troisième jour, à la visite, la température est 37°4. Pas de tremblement. Confusion importante mais disparition de l'onirisme. La guérison est survenue en quelques jours par la régression rapide des signes confusionnels.

N° 4605. — L... Denis, cultivateur, 35 ans, entre au quartier d'aliénés le 30 novembre 1935.

Sans antécédent morbide notable, il fait depuis cinq ans des excès de boisson (3 à 4 litres de vin chez lui, des apéritifs et des liqueurs au café).

On note à l'entrée : « ...Syndrome confusionnel avec onirisme d'origine alcoolique, survenu en apparence spontanément et en évolution depuis deux jours (dit être dans un hôtel de Mézin, rend compte à son colonel des faits du service...). Fièvre (38°), sueurs, tremblement, signes d'insuffisance hépatique, atteinte polynévritique légère des membres inférieurs, mauvais état général... »

A 13 h. 30, reçoit 80 centigrammes de Sonéryl (pèse 50 kilos environ). Sommeil immédiat. Thérapeutique adjuvante à l'ordinaire. Réveil vers 20 heures de courte durée, puis nuit calme. Le 1<sup>er</sup> décembre, au matin, température 37°6, malade agité et onirique comme à l'entrée depuis quelques heures. A 10 heures, injection intra-veineuse de 50 centigrammes de Sonéryl. A la suite, jusqu'au lendemain soir, alternance de sommeil et de somnolence permettant seulement la prise spontanée de liquides en abondance.

Le 3 décembre, fièvre, sueurs et tremblement ont disparu. Il ne persiste qu'un état confusionnel, d'ailleurs rapidement régressif. Guérison.

N° 4606. — E... Eugène, comptable, 39 ans, entre au quartier d'aliénés le 1<sup>er</sup> décembre 1935.

Sans antécédent pathologique qu'une pleurésie banale à l'âge de 16 ans, boit sans excès, notamment du vin. A assisté à un mariage il y a quelques jours.

Les troubles mentaux ne sont apparus que la veille de l'admission. On note à l'entrée : « grand délire alcoolique aigu avec agitation intense et onirisme très actif. Raptus panophobique au cours duquel il a fait, il y a quelques heures, une tentative de suicide par plaies profondes du cou à l'aide d'un crochet, et tiré des coups de feu. Fièvre (38°6), sueurs, tremblement, etc... »

Dans les premières heures du séjour asilaire, l'état s'aggrave progres-



sivement, l'agitation est de plus en plus vive. A 19 heures, injection de 1 gramme de Sonéryl. Sommeil sans interruption jusqu'au lendemain durant lequel on administre comme à l'ordinaire liquides et toni-cardiaques.

Le 2 décembre, somnolence continue. Température 37°6.

Le 3, au matin, il ne persiste plus que la croyance en la réalité des phénomènes oniriques, qui va disparaître rapidement. Guérison.

L..., 38 ans, chef de train à la Compagnie du Midi, hospitalisé dans une clinique chirurgicale de la ville. Alcoolique ancien, jaloux, coléreux et violent, présente une cirrhose du type Laënnec en évolution débutante (petit foie, rate percutable, ballonnement abdominal considérable avec légère ascite, circulation veineuse collatérale...). A subi la veille, sous anesthésie locale, l'ablation au niveau de la paroi abdominale d'une veine dilatée gênante : l'intervention aurait été rapide et facile.

Dès le soir, apparition d'un syndrome confusionnel avec onirisme dont l'intensité va en croissant progressivement.

Le 8 janvier 1936, à midi, température 38°7, agitation vive, langue rôtie, état général grave.

A 13 heures, injection de 1 gramme de Sonéryl, puis 10 centimètres cubes d'huile camphrée et 4 centicubes d'extraît hépatique. Sommeil immédiat durant lequel on continue la thérapeutique adjuvante. Baisse de l'hyperthermie.

A 20 heures, réveil et reprise de l'agitation. On injecte 40 centigrammes de Sonéryl.

Toute la journée du 9, la nuit du 9 au 10 et la matinée de ce jour, alternance de sommeils profonds, de courts réveils et de somnolence. Le 10 à midi, il n'existe au réveil complet que quelques signes confusionnels.

Retour rapide à l'état mental antérieur et sortie de la clinique chirurgicale.

C'est pour éviter d'alourdir à l'extrême cet exposé que nous n'avons pas rapporté d'autres observations. Toutes celles que nous pourrions ajouter ne feraient que répéter les caractères principaux que l'on retrouve dans les cas ci-dessus.

CONCLUSIONS. — En résumé, le butyl-éthyl-barbiturate de sodium ou Sonéryl nous a donné, dans la cure du delirium tremens, à condition d'observer la posologie et la thérapeutique adjuvante que nous avons indiquées, des résultats intéressants qui nous ont paru dignes de vous être rapportés et de nature à conseiller l'emploi de ce produit.

**Statistique du service de psychiatrie d'urgence de la Pitié : rôle des services ouverts des hôpitaux, par MM. LAIGNEL-LAVASTINE et Georges d'HEUCQUEVILLE.**

Nous avons l'honneur de verser au dossier des services psychiatriques ouverts, la statistique de notre Service de psychiatrie d'urgence de la Pitié (*Pavillon Charles-Quentin*). Nous nous bornerons aux chiffres des trois dernières années, 1933, 1934, 1935, années postérieures à la disparition prématurée de Pierre Kahn, qui avait défendu, en son temps, les résultats de ce service dont il était l'animateur.

Le nom de Pierre Kahn demeurera attaché à l'histoire de ce pavillon psychiatrique. Il en assumait la charge pendant plus de quinze ans, et, la veille même de sa mort (1932), il y visitait encore ses malades. Il l'avait organisé presque au début du fonctionnement de la Nouvelle Pitié.

On se rappelle que cet hôpital, construit sur les plans de l'architecte Rochet, conforme aux exigences de l'hygiène et de la thérapeutique à cette époque, entra en service en 1912 (1). Les plans prévoyaient un pavillon d'isolement pour agités, répondant au vœu magistralement exprimé ici par Régis, et spécialement pour les hôpitaux parisiens par Le Gendre (2) et Toulouse (3).

La plaquette, éditée par l'Assistance publique à l'inauguration de la Nouvelle Pitié, montre que l'Administration a voulu réserver un pavillon isolé aux agités des autres services, pavillon de 10 lits pour 480 lits de Médecine, 280 de Chirurgie, 90 de Maternité, soit 1 lit d'agité pour 85 hospitalisés.

A l'origine, le *Pavillon Charles-Quentin* devait être placé, à tour de rôle, sous la responsabilité des divers chefs de services, médecins et chirurgiens, puis médecins seuls. Mais, parmi ces derniers, Josué (4) en prend bientôt toute la charge, et l'Administration y affecte spécialement Pierre Kahn à titre d'assistant de psychiatrie.

Depuis lors, le *Pavillon Charles-Quentin* n'a cessé d'être rattaché, sous la direction de Pierre Kahn, au 4<sup>e</sup> service de la Pitié ; service de Josué, devenu en 1924 service de l'un de nous, qui l'aménagea en « *Centre de Neurologie et de Psychothérapie* ». L'ensemble, ainsi constitué, par les consultations, les salles et le pavillon, avait, selon le Rapport annuel de l'Assistance publique de 1926 (5), dans ses deux premières années, donné 1.273 consultations, régulièrement suivi, 258 malades externes, hospitalisé 119 d'entre eux, prononcé 108 internements.

L'évolution, si conforme au mouvement des idées, qui a ainsi rapproché le pavillon d'isolement du service de neurologie voisin, a reçu la sanction administrative sous la forme d'une galerie les reliant : à l'origine, le pavillon était isolé de toutes parts, sous réserve d'un accès au souterrain de ronde.

\*\*  
\*\*

C'est d'ailleurs la seule retouche notable qu'il a subi depuis 1912.

Le *Pavillon Charles-Quentin* se trouve en retrait de l'alignement des services de médecine, à 15 mètres environ derrière la cantine. Il prend accès, de plain-pied, par un vestibule, sur lequel s'ouvrent : à gauche, le cabinet médical et le bureau de la surveillance, à droite la cuisine et le laboratoire (transformé à présent en couloir d'accès au service de neurologie).

De l'extrémité du vestibule parlent deux rampes, l'une ascendante, l'autre descendante, qui conduisent aux deux étages de chambres d'isolement superposées. Cette disposition ne donne pas l'impression, quelque peu pénitenciaire, qu'on pourrait craindre à la description : elle permet la surveillance d'une partie des chambres du vestibule même. Chaque étage comprend 5 chambres d'isolement, entièrement nues et ripolinées, de 4 mètres de longueur, 3 mètres de largeur, 3 mètres 50 de hauteur, soit un cube d'air de 42 mètres cubes. La chambre est éclairée par un châssis métallique encastré dans la paroi, garni de verre épais, incassable, de surface lisse, malheureusement assez éblouissant au soleil ; aérée par un vasistas armé, manœuvré du dehors ; chauffée par un radiateur placé sous une tôle arrondie dans un angle. Un large jour de glace incassable est pratiqué dans la porte.

Depuis trois ans, nous réservons l'étage supérieur aux malades relativement calmes, reposant la nuit. Les malades turbulents, insomniaques, ou difficiles, sont placés à l'étage inférieur : le lit, seul mobilier, est scellé dans 3 chambres sur 5, amovibles dans les 2 autres, afin que l'on puisse y laisser l'agité sur de simples matelas.

MOUVEMENT. — Le *Pavillon Charles-Quentin* a reçu :

|                                    |                      |
|------------------------------------|----------------------|
| en 1933 .....                      | 312 malades entrants |
| en 1934 .....                      | 337 «                |
| en 1935 .....                      | 301 «                |
| soit une moyenne par an de .....   | 317 malades          |
| une moyenne par an et par lit de . | 32 malades           |

Il faut rapprocher ce chiffre du chiffre correspondant du grand service ouvert parisien, l'Hôpital Henri-Rousselle. Celui-ci a reçu (6) :

|                           |       |                  |
|---------------------------|-------|------------------|
| en 1933 .....             | 4.538 | malades entrants |
| en 1934 .....             | 4.384 | «                |
| soit une moyenne de ..... | 4.461 | «                |

dans ses 200 lits,

soit une moyenne, par an et par lit, de 22 malades.

M. Crouzon (7) (8), pour son service ouvert de 55 lits à la Salpêtrière, donne le mouvement suivant :

|                                   |       |         |
|-----------------------------------|-------|---------|
| en 10 ans (1923-1933) .....       | 3.456 | malades |
| soit en moyenne par an .....      | 375   | malades |
| moyenne par an et par lit : ..... | 6     | malades |

À l'Hôpital Tenon, dans les 5 lits réservés aux agités, ont défilé, pendant une période de 21 mois (janvier 1922-octobre 1923) (9) : 295 malades.

|                                    |     |         |
|------------------------------------|-----|---------|
| soit une moyenne par an de .....   | 168 | malades |
| moyenne par an et par lit de ..... | 33  | malades |

Dans le service d'isolement de Lariboisière, qui comprend 8 lits, M. de Massary et son élève du Souich (10) (11), ont publié les chiffres suivants :

|                                    |     |         |
|------------------------------------|-----|---------|
| pour une période de 4 ans .....    | 897 | malades |
| soit par an .....                  | 224 | malades |
| moyenne par an et par lit de ..... | 28  | malades |

Ces diverses statistiques illustrent l'activité des services de psychiatrie des hôpitaux de Paris, et du nôtre en particulier, activité loin d'être négligeable.

Leur mouvement parvient à dépasser même le mouvement de l'Hôpital Henri-Rousselle (32 malades par an et par lit dans notre Pavillon Charles-Quentin, contre 22 à l'Hôpital Henri-Rousselle). Il suffirait de 14 services comme le nôtre dans 14 hôpitaux parisiens pour absorber le volume annuel des hospitalisés de l'Hôpital Henri-Rousselle.

RECRUTEMENT. — Le Pavillon Charles-Quentin recrute, en principe, comme tous les services d'isolement psychiatrique des Hôpitaux, ses malades dans les diverses salles de Médecine, Chirurgie et Maternité de l'Hôpital. Parmi celle-ci, le voisinage des deux services suivants lui vaut un apport un peu particulier :

1° Le service N° 4, dirigé par l'un de nous et organisé en

service de Neurologie et centre de psychothérapie : il confie au Pavillon d'isolement Charles-Quentin de nombreux malades, relevant de la neurologie organique et de l'endocrinologie, au cours d'épisodes ou de raptus psychiatriques : *accès anxieux, onirisme, tentatives de suicide*, etc...

2° Le service N° 5, équipé en service de Neuro-chirurgie par M. Clovis Vincent, qui pourvoit notre Pavillon en *confusions mentales d'origine lésionnelle* (traumatismes et tumeurs), et en *excitations consécutives aux opérations sur l'encéphale*.

Des autres services, nous recevons la clientèle habituelle de psychiatrie hospitalière. On serait embarrassé d'en apporter une statistique précise à l'entrée au pavillon, en raison du polymorphisme des tableaux psychiatriques observés, de leur intrication avec les états organiques traités dans les salles. Mais on classe sans possibilité de discussion, la plupart de ces sujets dans les catégories suivantes, par importance numérique décroissante :

1° d'abord, des *alcooliques* en état de délire subaigu, soit spontané, soit secondaire à un traumatisme, une opération chirurgicale, ou une pneumonie, ou toute affection médicale ;

2° des *affaiblis séniles* ou *artério-scléreux*, traités pour une affection aiguë, qui ont présenté de la turbulence nocturne ;

3° des *paralytiques généraux* encore méconnus, hospitalisés pour une affection intercurrente, qui se révèlent par leur excitation ;

4° des *puerpérales* avec syndrome maniaque ou confusionnel, des sujets atteints d'*affections pulmonaires* aiguës avec confusion, des *asystoliques* obnubilés.

Par suite de l'insuffisance de nos lits par rapport aux demandes des autres services, nous sommes en mesure de refuser un recrutement qui a trop longtemps sévi dans les services de psychiatrie hospitaliers : sinon, les « enrégés » que Tenon (12) déplorait déjà, en 1788, de voir colloquer avec les aliénés de l'Hôtel-Dieu, mais naguère encore les sujets atteints de tétanos, de crises comitiales sans obnubilation permanente, d'affections douloureuses (cancer, paraplégies, névrites, névralgie faciale), les incontinents par lésion organique, et surtout les agonisants.

En principe, le *Pavillon Charles-Quentin* n'admet que les seuls malades déjà hospitalisés dans les autres services de la Pitié. En fait, cette règle se trouve tournée par nécessité.

Ainsi, la plupart de nos alcooliques ont séjourné quelques heures à peine dans les services qui les adressent, où ils étaient entrés pour le traitement d'un traumatisme ou d'une pneumonie,



cause occasionnelle de l'accès délirant. Les séniles sont conduits à l'hôpital par leurs enfants, à l'occasion d'une vague infection ou intoxication qui exagère leur turbulence, au-delà de la patience de ces derniers : dès la première nuit, le service de garde les transfère au Pavillon d'isolement.

De même, nombre de déprimés, admis par la consultation du service de Neurologie, se révèlent anxieux dès leur entrée en salle, et leur traitement doit être entrepris au *Pavillon Charles-Quentin*. Enfin, l'admission en salle reste fiction administrative pour les nombreux malades, adressés par d'autres hôpitaux dépourvus de pavillon psychiatrique. Et aussi pour les catégories suivantes, qui entrent directement de la ville : *toxicomanes*, *épileptiques* en état de mal, *anxieux* venant de commettre une tentative de suicide et prêts à renouveler leur geste, sujets dans le coma à la suite d'une tentative de suicide par *empoisonnement barbiturique* ou *opiacé*, *intoxication oxy-carbonée*, *noyade*, *pendaison*, *strangulation*, *défenestration*, *plaie artérielle*, etc...

Ainsi s'établit, par nécessité, un recrutement direct, très comparable à celui de l'Hôpital Henri-Rousselle. Nombre de médecins de ville y recourent, et nous ne cherchons nullement à les en dissuader, certains d'offrir, dans notre *Pavillon Charles-Quentin* comme à l'Hôpital Henri-Rousselle, toutes garanties du point de vue de la thérapeutique et de la sécurité.

SÉJOUR. — Le règlement général des salles de Médecine s'applique, sans aucune disposition spéciale, au *Pavillon Charles-Quentin*. Les portes des chambres ne sont verrouillées qu'à l'heure de la visite médicale, sauf le cas des alcooliques en plein délire et des sujets consignés par l'autorité judiciaire. On visite librement les malades aux heures habituelles (1 à 3 heures), sauf toutefois les toxicomanes qui, en entrant, ont renoncé expressément aux visites. La correspondance est libre et cachetée.

Seuls les affaiblis et les confus ne disposent pas du couvert complet. Sauf contre-indication médicale, les malades du pavillon reçoivent le régime alimentaire commun. Nous nous reconnaissons le droit d'alimenter les malades à la sonde : c'est l'interne ou l'externe du service qui l'administre ; leur premier acte, en prenant leurs fonctions, est de se familiariser avec cette technique.

Nous n'admettons, par autre dérogation à l'usage hospitalier, aucune discussion, ni avec nos malades, ni avec leurs familles quant à l'opportunité des soins et examens prescrits, en particulier de la ponction lombaire. Cette ferme jurisprudence nous

paraît la contre-partie de la faculté, ouverte à tout protestataire, de quitter le service en signant sa pancarte : dans ces trois années, ni pour les alimentations artificielles, ni pour les ponctions lombaires, nous n'avons recueilli aucune réclamation.

Signalons encore la règle instituée pour les admissions et les sorties. Au cours des trois dernières années, jamais un lit n'a été laissé vacant sans qu'un entrant, qui attendait la vacance, l'ait aussitôt occupé. Pour lutter contre une telle pléthore, nous avons dû consigner en permanence l'un de nos 10 lits, qui demeure toujours prêt à recevoir un malade urgent. Dès que ce lit se trouve ainsi immobilisé, un malade, désigné à l'avance pour l'internement, le retour en salle ou la sortie, doit aussitôt libérer le sien.

Compte tenu de cette règle, la *durée moyenne du séjour* dans notre Pavillon s'obtient en divisant le nombre de journées offertes dans l'année par 9 lits ( $365 \times 9 = 3.285$ ), par le nombre de malades entrés dans l'année.

La *durée moyenne du séjour* a été :

|                         |                        |
|-------------------------|------------------------|
| en 1933 de .....        | 10 jours et 12 heures. |
| en 1934 .....           | 9 jours et 20 heures.  |
| en 1935 .....           | 10 jours et 20 heures. |
| soit en moyenne : ..... | 10 jours et 10 heures. |

On observera que, malgré la pléthore des malades qui nous accable, notre *Pavillon Charles-Quentin* soutient aisément la comparaison, sous ce rapport, avec l'Hôpital Henri-Rousselle. M. Toulouse indiquait en effet (13) qu'il était contraint, faute de place, d'interner des malades qui auraient pu être traités en cure libre s'ils y avaient été conservés assez longtemps ; et 75 % des sujets qu'il fallait interner étaient demeurés moins de 5 jours en observation dans le service ouvert.

Dans son service de la Salpêtrière, M. Crouzon (8), au contraire, peut offrir, à chacun de ses malades, un séjour moyen de 30 jours.

INTERNEMENTS. — Les hôpitaux de Paris ont conservé la tradition de recourir au seul *internement d'office* pour leurs malades. Saisie d'un certificat d'internement, la direction, en quelques heures, demande une décision provisoire au commissaire de police du quartier (par application de l'article 19 de la Loi de 1838), et conduit le sujet en ambulance à l'Admission de Sainte-Anne.

Après bien d'autres médecins des hôpitaux, nous avons cherché à faire bénéficier nos malades des avantages du placement

volontaire. Quand nous recevons la visite des familles, et quand elles acceptent la nécessité de l'internement, nous nous sommes assignés pour règle de leur proposer d'abord le placement volontaire. Mais l'immense majorité n'aperçoit nulle compensation à la charge qui leur incombe du fait du placement volontaire, et nous demande de recourir au placement d'office.

Pour les encourager dans la voie du placement volontaire, nous avons obtenu de l'Administration qu'elle détache un infirmier, pour assister les familles dans leur voyage à l'Admission, la voiture restant à frêter par la famille. Mais ce secours est demeuré inopérant, contre le placement volontaire restent ligüés : la parcimonie, la crainte des responsabilités et tous les préjugés populaires sur l'aliénation mentale. Nous le déplorons, tout en constatant que, dans la Seine, les différences de condition entre les internés d'office et volontaires se sont bien estompées.

Nous n'avons donc pu procéder au placement volontaire que dans des circonstances exceptionnelles, quand la famille nous l'a spontanément demandé pour des raisons particulières : dans le cas, par exemple, de débiles paisibles non internables d'office, ou de placements directs dans des Pensionnats de province ou des Maisons de santé privées. Le chiffre suivant d'internements comprend seulement les internements d'office, à l'exclusion de ces cas exceptionnels.

Parmi les malades du *Pavillon Charles-Quentin*, nous avons dû interner :

|              |                |                   |
|--------------|----------------|-------------------|
| en 1933 ...  | 80 malades sur | 312, soit 25,64 % |
| en 1934 ...  | 88 malades sur | 337, soit 23,14 % |
| en 1935 .... | 85 malades sur | 301, soit 28,24 % |

soit une *moyenne* de 25,67 %.

|             |                   |                     |
|-------------|-------------------|---------------------|
| en 1933 ... | 2.028 malades sur | 4.535, soit 44,72 % |
| en 1934 ... | 1.940 malades sur | 3.484, soit 55,65 % |

en *moyenne* 50,18 %.

Pour comparer les deux organisations du point de vue de la proportion des internements, l'on retiendra qu'en chiffres ronds, nous internons le *quart* de nos malades du *Pavillon Charles-Quentin*, tandis que l'*Hôpital Henri-Rousselle* doit en placer la *moitié*.

M. de Massary (10) (11), à Lariboisière, internait :

|                   |                 |     |
|-------------------|-----------------|-----|
| en 4 ans .....    | 236 malades sur | 897 |
| donc par an ..... | 59 malades sur  | 224 |

en *moyenne*, sensiblement 24 %.

M. Crouzon (8) a interné à la Salpêtrière :

en 10 ans ..... 884 malades sur 3.456  
 par an ..... 88 malades sur 345  
 soit 25,28 % : ces deux chiffres se rapprochent du nôtre.

Pour mettre en relief les différences entre le régime des internements dans les services de psychiatrie des hôpitaux et celui des internements prononcés à l'Hôpital Henri-Rousselle, nous avons placé en regard, dans deux tableaux, la répartition des internements de notre service *Charles-Quentin* dans l'année 1934 et à l'Hôpital *Henri-Rousselle* dans l'année 1930 (dernière statistique utilisable publiée) (14), selon :

1° l'affection mentale diagnostiquée dans le certificat ;

2° la durée de l'observation préalable à la mesure d'internement.

*Pourcentage des internements selon l'affection mentale certifiée*

| Affection                          | Pavillon<br>Charles Quentin | Hôpital<br>Henri Rousselle |
|------------------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| Manie .....                        | 5                           | 6,5                        |
| Mélancolie .....                   | 11,25                       | 16                         |
| Confusion mentale .....            | 10                          | 3                          |
| Délire chronique .....             | 5                           | 12,5                       |
| Démence précoce .....              | 7,5                         | 9,5                        |
| Déséquilibre constitutionnel ..... | 2,5                         | 2,3                        |
| Arriération .....                  | 2,5                         | 3,2                        |
| Démence sénile et art. ....        | 21,25                       | 10                         |
| Paralysie générale .....           | 17,5                        | 7,5                        |
| Epilepsie .....                    | 2,5                         | 3,5                        |
| Encéphalite épidémique ..          | 0                           | 1                          |
| Alcoolisme .....                   | 12,5                        | 22,5                       |
| Toxicomanies .....                 | 0                           | 0,2                        |
| Traumatismes .....                 | 0                           | 0,9                        |
| Psychoses puerpérales ...          | 2,5                         | 1,2                        |
| Divers .....                       | 0                           | 0,7                        |
|                                    | 100                         | 100                        |

Il ressort de ce tableau que nous internons plus de paralytiques généraux, de déments séniles et de confus que l'Hôpital Henri-Rousselle, moins de délirants chroniques, et surtout moins de mélancoliques et d'alcooliques, cela en raison, vraisemblablement, comme on va le voir, de la durée de séjour plus longue dans notre pavillon, suffisante pour la désintoxication dans une plus forte proportion de cas.

*Pourcentage des internements  
selon la durée de l'observation préalable :*

| Jours d'observation | Pavillon        | Hôpital         |
|---------------------|-----------------|-----------------|
|                     | Charles Quentin | Henri Rousselle |
| 0 .....             | 2,5             | 5,03            |
| 1 .....             | 5,0             | 15,23           |
| 2 .....             | 0               | 23,62           |
| 3 .....             | 3,75            | 20,01           |
| 4 .....             | 3,75            | 12,80           |
| 5 .....             | 5               | 7,10            |
| 6 .....             | 7,5             | 5,22            |
| 7 .....             | 3,75            | 3,48            |
| 8 à 10 .....        | 13,75           | 3,93            |
| 11 à 15 .....       | 17,5            | 1,93            |
| 16 à 20 .....       | 16,25           | 0,81            |
| Au-delà de 20 ..... | 21,25           | 0,77            |
|                     | 100             | 100             |

Ce tableau montre que les *trois-quarts* de nos internés ont été conservés plus de 6 jours en observation, le *quart* plus de 20 jours, alors que l'Hôpital Henri-Rousselle a dû placer les siens, pour les *trois-quarts*, avant le 5<sup>e</sup> jour.

\*  
\*\*

Pour apporter une idée complète de l'activité de notre service Charles-Quentin, ajoutons :

1° que les familles ont placé elles-mêmes, soit par placement volontaire à l'Admission, dans un Pensionnat d'asile de province, dans une Maison de santé fermée, dans un service ouvert comme l'Hôpital Henri-Rousselle, ou dans diverses Maisons de santé ouvertes, ou encore dans des hospices ou des centres de rééducation, une proportion de 3 % de nos malades ;

2° que 5 % ont quitté le service contre l'avis médical, protestataires ayant signé leur pancarte ou sujets repris par leurs familles ;

3° que nous avons eu à déplorer une moyenne de 8,42 % de décès.

Par conséquent, 58 % de nos malades ont quitté le service améliorés ou guéris de leurs troubles mentaux, pour rentrer dans leur salle d'origine, sortir de l'Hôpital ou partir en convalescence dans les établissements de l'Assistance publique (Vincennes et le Vésinet).



Ce chiffre est à rapprocher du chiffre correspondant des services similaires de l'Hôpital Lariboisière (61 %) (10) (11), de la Salpêtrière (64 %) (8), et de l'Hôpital Henri-Rousselle (41 %) (14).

On peut donc retenir que les services de psychiatrie d'urgence des Hôpitaux de Paris, les services ouverts des Hôpitaux, ont une mission à remplir, et que cette mission, ils la remplissent effectivement.

Ils continuent la tradition de l'un des leurs, le service de psychiatrie de l'Hôtel-Dieu, abritant 200 malades, que Tenon, vrai précurseur de Pinel, d'Esquirol et du législateur de 1838, réorganisait sur les données de son remarquable mémoire de 1788 (15). Ce service, après le développement des asiles fermés, conserva son activité et son rayonnement, sous l'impulsion notamment de Gilbert Ballet, Brissaud, Chantemesse, MM. Roger, Rathery, Sainton, en dernier lieu M. Baudouin et son assistant, M. Largeau.

Ses bienfaits parurent même si précieux que la Société Médico-psychologique, avant la guerre, désignait une Commission, pour étudier la possibilité de généraliser de tels services. La Société Médicale des Hôpitaux émettait deux vœux dans le même sens, le 23 juillet 1920 et le 15 avril 1925.

Depuis lors, depuis surtout que l'enseignement de la Médecine mentale a été amputé de ses deux chaires réputées de la Salpêtrière et de Bicêtre, une floraison de services de psychiatrie d'urgence s'est développée pour y pallier dans la formation des internes et externes des Hôpitaux de Paris et des étudiants de la Faculté à Laënnec, Tenon, Saint-Antoine, Lariboisière, etc., tout dernièrement dans le nouvel Hôpital Beaujon.

Ces services sont en mesure d'accomplir toutes les fonctions des services ouverts annexés aux asiles. MM. Claude et Toulouse, lors de la discussion de 1923 à la Société Médicale des Hôpitaux, estimaient préférable qu'ils s'abstiennent de prendre les décisions d'internement, et qu'ils dirigent leurs malades à interner sur les services ouverts de Sainte-Anne. L'expérience, traduite par les chiffres apportés, semble avoir décidé en sens inverse. Les services de psychiatrie d'urgence des hôpitaux ont accompli les internements nécessaires. Mais, par suite d'une organisation peut-être plus souple, ces internements se trouvent avoir été prononcés en proportion notablement moindre, environ la moitié, et après un temps d'observation plus prolongé, environ le triple, qu'au service de prophylaxie mentale départemental.

Entre ce dernier et les services de psychiatrie des hôpitaux doit s'établir une collaboration. Nous nous permettons de suggérer, dans cet ordre d'idées, que ces derniers, qui conservent, dans

le préjugé populaire, l'avantage de ne pas porter l'adresse 1, rue Cabanis, conviennent spécialement aux sujets trouvés en état grave à la suite d'une tentative de suicide, à qui les services voisins de l'hôpital apporteront un secours immédiat, médical et chirurgical, en cas de besoin ; d'autre part, aux délirants fébriles et alcooliques, qui pourront y demeurer plus longtemps et y parfaire leur désintoxication, avantage qui ressort de la statistique comparative apportée.

## BIBLIOGRAPHIE

1. *Un nouvel hôpital : la Pitié* (publication de l'Assistance publique). Berger-Levrault, 1913.
2. LE GENDRE. — *De la nécessité d'aménager, dans chaque hôpital, un local spécial pour l'isolement effectif des agités temporaires*. Soc. Méd.-Psych., 18 janvier 1901.
3. TOULOUSE. — Les délirants des hôpitaux. *Revue de Psychiatrie*, janvier 1904.
4. JOSUÉ. — L'ancienne et la nouvelle Pitié. *Paris Méd.*, 11 novembre 1911.
5. *Création d'un centre de psychothérapie à la Pitié*, in Rapport annuel de l'Assistance publique, 1926, p. 12.
6. *Statistiques de l'Hôpital Henri-Rousselle (1934 inclus) (tableaux)*.
7. CROUZON. — *Observations sur le fonctionnement d'un service d'observation et de triage neuro-psychiatrique à la Salpêtrière*. Congrès des Alién. et Neur., Besançon, 1933.
8. CROUZON. — *Dix ans de fonctionnement du service d'observation et de triage neuro-psychiatrique à la Salpêtrière*. Ac. Méd., 31 oct. 1933.
9. MERKLEN, MINVIELLE et HIRSCHBERG. — *Statistique du service de psychiatrie de l'Hôpital Tenon*. Soc. Méd. Hôp., 2 novembre 1923.
10. DU SOUCH. — *Le fonctionnement du service d'agités de Larihoisière*. Thèse Paris, 1922.
11. EFN. DE MASSARY. — Discussion de la Soc. Méd. Hôp., 2 novembre 1923.
12. CARRETTE. — Tenon et l'assistance aux aliénés à la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle. *Ann. Méd.-Psych.*, novembre 1925.
13. TOULOUSE. — L'hôpital psychiatrique de la Seine. *Ann. Méd.-Psych.*, avril 1933, p. 472.
14. TOULOUSE. — *Le centre de prophylaxie mentale de la Seine* (rapport annuel, 1930).
15. TENON. — *Projet de réorganisation de l'Hôtel-Dieu*, Paris, 1788.
16. CLAUDE. — Discussion de la Soc. Méd. Hôp. 2 novembre 1923.
17. TOULOUSE. — Discussion de la Soc. Méd. Hôp., 2 novembre 1923.

M. CROUZON. — Le service que je dirige à la Salpêtrière avec la collaboration de M. Vurpas, a une activité moindre que celui de la Pitié, car nous y faisons plus de traitement que de triage. Nous avons, en effet, des catégories de malades différentes : j'ai moins de malades aigus qu'à la Pitié et, par contre, je reçois beaucoup de paralytiques généraux pour la malariathérapie, mon service fonctionnant comme centre de malariathérapie ;

leur traitement demande deux à trois mois ; de même, je reçois nombre de femmes présentant une dépression mélancolique dont le traitement surtout à la ménopause demande aussi quelques mois. D'autre part, si le pourcentage de mes internements est de 25 %, comme à la Pitié, grâce à la collaboration de mon personnel admirable, les familles comprennent les avantages du placement volontaire et, dans mon service, ce placement volontaire est très fréquemment accepté et est, pour ainsi dire, la règle.

M. CEILLIER. — A St-Antoine, où le service des agités a très peu de lits, il s'agit surtout d'un service de triage. Nous faisons malheureusement presque toujours des placements d'office. Et cet internement d'office d'un malade qui est venu volontairement se faire soigner à l'hôpital d'une maladie intercurrente, constitue un véritable abus de confiance. Ne pourrait-on pas élargir le débat et demander à ce qu'on rétablisse le corps des psychiatres des hôpitaux de Paris, cela afin de grouper tous ces psychopathes et modifier leur mode de placement.

M. G. DEMAY. — On ne saurait trop insister sur l'importance du mode de placement dans les asiles de la Seine. De par la volonté de la Préfecture de police, nos malades placés d'office se trouvent dans une situation toute différente de ceux qui ont bénéficié du placement volontaire. On nous interdit de les laisser sortir pendant quelques heures avec leur famille, de leur accorder des congés à titre d'essai, interdictions qui n'existent pas pour les malades placés volontairement. Dans certains cas, nos propositions de sortie sont contrôlées par un médecin-inspecteur et parfois refusées. De telles pratiques n'existent pas en province où les préfets accordent toujours les sorties demandées par les médecins des asiles, et où les malades placés d'office bénéficient des mêmes permissions que les « placements volontaires ». On peut dire qu'à ce point de vue, nos malades placés d'office sont dans une situation inférieure à celle des malades de province. Nous nous devons de réclamer la disparition d'une pareille anomalie. Le fait qu'elle existe augmente l'intérêt du placement volontaire ; il importe que les médecins des hôpitaux le sachent et qu'ils n'aient recours au placement d'office que lorsque toute autre procédure est vraiment impossible.

En ce qui concerne les services ouverts pour psychopathes créés dans les hôpitaux, je ne puis qu'applaudir à leur extension, et je sais que cette opinion est partagée par tous mes collègues des asiles. De même, nous n'avons pas été les derniers à protester contre la suppression des services d'aliénés de Bicêtre et de la Salpêtrière, et nous nous joignons bien volontiers à M. Ceillier

pour demander que l'Assistance publique veuille bien rétablir le concours d'aliéniste des hôpitaux dont la suppression a été néfaste. Mais ce principe une fois admis, il ne faudrait pas en tirer des déductions excessives. Il ne faudrait pas — comme on a parfois tenté de le faire — opposer la psychiatrie d'hôpital à la psychiatrie d'asile, préconiser deux catégories d'Assistance psychiatrique : l'une pour les malades aigus, l'autre pour les chroniques, la première étant exclusivement réservée aux hôpitaux, l'autre aux asiles. Une telle doctrine constitue une régression, il ne faut pas se lasser de le répéter. Aussi bien, quelle que soit l'extension qu'on donne aux services de psychopathes aigus dans les hôpitaux, ils n'arriveront jamais à hospitaliser tous les malades. Que l'on développe les services de ce genre, d'accord, mais que l'on crée parallèlement des services ouverts dans tous les asiles. C'est à cette formule ainsi complétée que je demande à mes collègues de se rallier.

M. Th. SIMON. — Il me paraît illégitime de comparer l'Hôpital Henri-Rousselle et un service libre d'hôpital, les malades étant essentiellement différents. C'est aussi illégitime qu'il le serait de comparer le rendement d'un service d'enfants sans tenir compte des catégories des enfants hospitalisés.

M. BEAUDOUIN. — Il faut souligner que le placement volontaire peut être réalisé même sans intervention de la famille. Dans le département de la Seine, la condition expresse est la production d'une pièce établissant que la résidence effective dans le département remonte à plus d'une année.

M. BRISSOT. — M. d'Heucqueville vient de nous donner le pourcentage de ses malades de l'Hôpital de la Pitié qui ont été internés. Ce pourcentage serait de 25 % beaucoup plus élevé, selon lui, que celui des malades de l'Hôpital Henri-Rousselle qui ont été transférés dans les asiles.

A ce sujet, je me permettrai de lui poser la question suivante : M. d'Heucqueville a-t-il fait la statistique des malades qui, *postérieurement* à leur sortie de son service de la Pitié, ont été internés ? Car il me semble que le pourcentage qu'il donne est tout à fait incomplet, si l'on ne tient pas compte d'un internement possible, lorsque le malade est revenu dans sa famille. Mon collègue Anglade me fait, à l'instant, précisément savoir que l'un des malades de son service de Villejuif était sorti huit jours auparavant du service spécial de la Pitié.

J'ajouterai que, s'il y a des internements qu'on eût pu éviter, d'autres, au contraire, sont éminemment désirables — et il n'y a

pas lieu de les différer — si l'on envisage l'avenir mental du sujet.

M. HENRI EY. — Nous devons féliciter les auteurs de l'efficacité et de l'activité de leur service. Néanmoins, leur communication m'inspire certaines réserves en ce qui concerne le développement d'un système d'assistance aux psychopathes qui me paraît impliquer de plus en plus l'erreur fondamentale d'être surtout une lutte contre l'internement. La condition juridique de l'internement est une garantie et non une opprobre. De quelque nom nouveau qu'on le décore, quelque subterfuge qu'on emploie, l'asile reste la pièce maîtresse et indispensable de l'assistance aux sujets atteints de troubles mentaux. La bonne « politique » d'assistance me paraît résider dans la « croisade » pour la rénovation médicale des asiles partout où elle n'a pas été faite encore et dans la lutte contre la réputation injustifiée de l'asile et de l'internement. A ce titre, on ne saurait trop recommander, à mon avis, que l'ensemble des services d'assistance, d'hygiène mentale, de cure libre d'hospitalisation, de troubles neuro-psychiques aigus et de traitement des malades soumis à la garantie de la loi de 1838, se trouvent réunis et groupés autour des formations asilaires. Par là, l'asile perdra, auprès des familles et aussi, il faut bien le dire, de beaucoup trop de médecins qui le connaissent mal, une réputation de plus en plus imméritée. Au contraire, le fait de rapporter les services d'hospitalisation loin de l'asile ne peut que creuser davantage un fossé d'autant plus dangereux que l'on est bien obligé de le franchir, et même de le franchir souvent, si nous en croyons les statistiques d'internement des divers services hospitaliers où les mesures de coercition d'ailleurs s'avèrent indispensables. La prophylaxie mentale, l'assistance aux psychopathes, ne peuvent que gagner à l'unification des efforts dirigés systématiquement, non contre l'internement, mais contre le vrai mal : les maladies dont dépendent les troubles mentaux.

M. COURBON. — Je m'associe entièrement à la protestation de M. Henri Ey. Ce n'est pas obéir à l'esprit médical, ni servir l'intérêt des malades mentaux que de dériver, sur la mesure de l'internement, le préjugé d'infamie qui pèse sur les maladies mentales. Aux yeux du public qui ignore les subtilités différentielles des placements, c'est le fait d'avoir dû être retranché des salles où sont traités les malades dont la raison est conservée, qui constitue la tare. Ce retranchement, qu'il soit effectué dans telle ou telle enceinte, en un endroit appelé pavillon d'isolement, ou hôpital



psychiatrique, ou asile, est, pour le public, l'agent essentiel d'infamie.

Ce que l'esprit médical et l'intérêt des malades mentaux commandent, c'est de travailler, non à déplacer le préjugé, mais à le détruire en prouvant que souvent la maladie mentale est curable et que souvent elle n'est pas héréditaire. Or, la cure ne peut s'obtenir que dans des locaux spécialement aménagés, et la mesure de l'internement, quand elle est prise à bon escient, est une condition indispensable de guérison puisqu'elle impose le traitement qui la produit.

M. RENÉ CHARPENTIER. — Ce n'est en rien mésestimer le grand intérêt du service de M. le Professeur Laignel-Lavastine, ni l'intérêt de cette communication, que de s'associer à la remarque de M. Th. Simon. Il paraît difficile d'établir une comparaison entre le mode de fonctionnement d'un service de 10 lits et celui d'un grand Hôpital comme l'Hôpital Henri-Rousselle, son dispensaire et ses services annexes. Les conditions sont différentes.

Comme l'a montré la discussion engagée, cette intéressante communication soulève de nombreux problèmes qui méritent de rester à l'ordre du jour de la Société.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Evidemment, entre l'Hôpital Henri-Rousselle et mon service psychiatrique, il y a de grosses différences. Mais on peut établir des comparaisons entre toutes les choses. On peut, par exemple, comparer l'hôpital d'évacuation avec le poste de secours. J'ajoute que notre communication n'a aucune arrière-pensée agressive pour personne. Et je signale que, si le placement volontaire est, à la Pitié, moins fréquent que dans d'autres hôpitaux, c'est peut-être parce qu'à la Pitié, la voiture qui mène le malade à Ste-Anne est à la charge des familles et qu'ailleurs, elle est à la charge de l'Hôpital.

M. CEILLIER. — Encore deux mots : le fait d'interner d'office un malade venu se faire soigner librement à l'Hôpital ou dans un service de prophylaxie, constitue un véritable abus de confiance ou abus de pouvoir.

Parmi les problèmes soulevés à ce sujet, il en est un que l'on peut préciser nettement : l'étude des conditions de placement dans les asiles d'aliénés des malades soignés dans les hôpitaux, afin de ne recourir au placement d'office qu'en cas de nécessité absolue.

La Société Médico-psychologique décide de laisser à l'ordre du jour de sa prochaine séance la discussion des questions qui se rattachent à cette communication.

**Les crises oculogyres en pathologie mentale,**  
par M. Georges PETIT.

Depuis 1916, les diverses épidémies et endémies de névraxites à virus neurotropes (dont le type le plus vulgarisé a été appelé encéphalite épidémique), ont permis la constatation d'une riche floraison de syndrômes et de symptômes d'ordre très varié dont certains se manifestent avec des caractères vraiment originaux ou rares. Tels sont, en particulier, les spasmes paroxystiques si curieux des muscles oculaires désignés sous la dénomination de « crises oculogyres ».

Signalées d'abord en 1922-1923 par Gabrielle Lévy, Barré et Reys, Rossi, La Torre, etc., les crises oculogyres virent leurs observations se multiplier rapidement, en même temps que leur connaissance s'enrichissait de notions intéressantes concernant leurs concomitants organiques et quelquefois psychiques. Mais il est remarquable de noter qu'en dehors de quelques cas ayant trait surtout à des syndromes parkinsoniens attribués à la syphilis, l'innombrable bibliographie des crises oculogyres concerne presque exclusivement des observations d'encéphalite dite épidémique avec syndrome parkinsonien.

Avant les épidémies de névraxites, qui débutèrent en 1916, la littérature des spasmes oculaires à type de crise oculogyre se réduit à quelques rares références et les cas de Crouzon, Pierre Marie, en particulier, sont rattachés à des troubles hystériques ou névropathiques.

En pathologie mentale, si nous faisons abstraction, bien entendu, des formes mentales ou psycho-organiques de l'encéphalite épidémique classique, les crises oculogyres n'ont jamais été signalées, à notre connaissance tout au moins. Et cependant, une observation — même non polarisée spécifiquement sur cet objet — montre que ces spasmes oculaires, si particuliers et si curieux, peuvent être observés avec une assez grande fréquence dans un service d'aliénés. Depuis 1932, nous avons pu recueillir, à la Maison spéciale de Santé de Ville-Evrard, plus de cinquante observations de malades présentant des crises oculogyres typiques.

Un certain nombre de ces observations vont être publiées dans la thèse que nous avons inspirée sur ce sujet à notre ancienne interne, Mlle J. Lacassagne. Nous avons l'intention, dans un mémoire ultérieur plus étendu que cette brève note, d'en reprendre l'étude en indiquant certaines modalités curieuses ou particulièrement suggestives de ces phénomènes.

Disons seulement aujourd'hui que nous avons pu constater des crises oculogyres dans toutes les formes les plus classiques de la nosographie psychiatrique actuelle: schizophrénie ou démences précoces hétérophréniques, catatoniques ou paranoïdes, paraphrénies ou psychoses hallucinatoires chroniques, psychoses dites périodiques, délire aigu idiopathique, psychoses polymorphes, paralysie générale, etc.

Mais notons déjà que c'est dans les syndromes catatoniques que l'expression motrice de ce phénomène psycho-moteur complexe que réalise la crise oculogyre se montre la plus accusée et porte l'accent le plus net de l'« acte forcé », du « regard accroché ». Une de nos catatoniques présente actuellement des crises oculogyres tout à fait caractéristiques avec déviation conjuguée de la tête, plusieurs fois par jour. Dans les psychoses hallucinatoires, au contraire, le contenu psychologique — en général, des hallucinations auditives ou même visuelles — (comme en ont observé, d'ailleurs, Ludo Van Bogaert, Euzière et Pagès, etc., et nous-même, dans des crises oculogyres symptomatiques de parkinsonisme encéphalitique classique), paraît l'emporter sur le spasme moteur, moins tenace, moins fixe et moins prolongé, moins conscient aussi. Nous disons bien : en général. Car nous observons, actuellement, une malade atteinte de psychose hallucinatoire ayant pleinement conscience du spasme oculogyre qui l'oblige, contre sa volonté, à porter son regard en haut, « pour lui faire voir », dit-elle, ses images hallucinatoires ; mais elle attribue, aux agissements de ses persécuteurs supposés, ce brusque spasme tonique de ses muscles oculogyres qui « accroche » brutalement son regard en haut.

Certains hallucinés chroniques accusent ainsi leurs persécuteurs supposés de provoquer, dans un but hostile, ces spasmes toniques (ou cloniques) qui troublent si malencontreusement leur vision volontaire. Mais la plupart de ces malades — même surpris en flagrant délit de « regard accroché » — nient la réalité de leurs spasmes oculaires. Plusieurs hallucinés guéris nous ont pourtant avoué ultérieurement la réalité de ces spasmes toniques oculogyres dont la direction correspondait, nous ont-ils expliqué, au point de l'espace (le plus souvent en haut), où ils localisaient l'origine de leurs « voix ».

Ajoutons enfin que, chez nos psychopathes, les « crises oculogyres » peuvent se manifester avec des variétés et des variations extrêmement diverses en intensité ou en durée. A côté de la crise oculogyre prolongée durant plusieurs heures dans la même direction, nous avons pu noter, plus fréquemment encore, des

crises de quelques minutes, voire de quelques secondes ; et nous estimons par exemple, que le regard subitement fixe, qu'il est classique d'observer chez les persécutés hallucinés, pendant la durée, souvent brève, de leurs hallucinations verbales, constitue une ébauche incontestable de ces « crises oculogyres » qui, d'ailleurs, chez certains malades du même groupe, prennent une intensité, une durée et des caractères tout à fait superposables aux crises oculogyres des parkinsoniens encéphalitiques classiques. Dans le même groupe nosologique et, souvent, chez le même malade, tous les degrés, toutes les formes de transition peuvent être observés entre la crise oculogyre de plusieurs heures et le spasme tonique larvé de quelques secondes. Dans cet ordre de faits, d'ailleurs les spasmes toniques oculogyres de nos psychopathes obéissent à la loi générale qui peut s'appliquer à tous les troubles *organiques* observés en pathologie mentale : de même essence que les symptômes grossiers de la pathologie nerveuse ou organique courante, ces troubles neurologiques ou organiques se manifestent, le plus souvent, chez la plupart de nos malades, avec des caractères souvent *frustes, larvés, légers, inconstants, dissociés, fugaces* ou *variables*, qui les fait souvent méconnaître à un examen rapide ou superficiel. Nous avons déjà insisté sur ce point.

Néanmoins, nous avons pu observer chez nos malades tous les types de spasmes oculaires toniques décrits dans l'encéphalite léthargique par H. Roger et ses élèves, Marinesco et ses élèves, etc. : *spasmes simples, intéressant une seule direction du regard*, en haut, (crise d'anoblepsie, de Verger et Aubertin), en bas, (crise de catoblepsie, des mêmes auteurs), latérale droite ou latérale gauche, (parablepsie, de Cruchet), regard fixé en avant ; *spasmes variables*, ou *alternant* ou à *bascule* intéressant plusieurs directions ; *spasmes de la convergence*.

Ces spasmes toniques peuvent alterner ou s'accompagner (spasmes tonico-cloniques) de *spasmes oculaires cloniques*, séries de secousses, parfois rythmées, de directions variées, parfois tellement violentes et saccadées qu'on peut parler de « *crises convulsives oculaires* » ; de *nystagmus* plus ou moins accusé ; de *strabisme* divergent ou convergent ; de réactions *pupillaires* anormales ; de crises de *nictitation*, de *spasmes du frontal*, etc. Nous avons observé assez fréquemment, chez nos malades, des *déviation conjuguées de la tête et des yeux*. Enfin, dans certains cas, nous avons noté — comme les observateurs des crises oculogyres encéphalitiques — des automatismes moteurs itératifs, un début de spasme de torsion (chez un hébéphréno-catatonique) accompagnant les crises oculogyres.



Comme nous l'avons déjà indiqué, nous réservons, pour une étude ultérieure appuyée sur de nombreuses observations détaillées, l'analyse de l'état mental de nos diverses catégories de malades à l'occasion de leurs crises oculogyres. Disons cependant que *l'anxiété* qui, pour certains auteurs, — en particulier les psychanalystes — constituerait un facteur déterminant des crises oculogyres, ne nous a pas paru, chez nos malades, un élément habituel de ces hypertonies paroxystiques oculaires. En revanche, *l'inhibition psycho-motrice*, avec blocage subit de tous les mouvements, immobilité et mutisme subits pendant toute la durée de la crise oculogyre, nous a semblé un phénomène concomitant presque constant et parfois tout à fait analogue aux « absences » épileptiques. Nous observons actuellement une malade, remarquablement cultivée, qui a systématisé, sur la vie et l'œuvre d'un écrivain contemporain bien connu, un délire interprétatif et intuitif d'influence qu'elle expose et défend avec une rare élégance intellectuelle, en se servant d'arguments tirés de la philosophie bergsonienne. Seuls plaident en faveur de l'organicité, que nous recherchons toujours systématiquement dans les psychoses, les maigres arguments de quelques vertiges, ayant accompagné une légère subanxiété, il y a quelques dix ans, et actuellement une hyper-réflexivité tendineuse généralisée, sans autres signes neurologiques. Mais, depuis quelques mois, l'apparition, au cours de conversations un peu prolongées, de crises oculogyres catalectiques typiques (crises accompagnées d'une véritable absence inhibitrice, dont la malade se réveille comme d'un sommeil subit), nous a permis de donner un aliment plus consistant à nos convictions organicistes.

Dans une communication ultérieure, nous nous proposons également d'indiquer comment nous avons pu réactiver ou même complètement révéler — (au même titre, d'ailleurs, que bien d'autres symptômes organiques) — les crises oculogyres de nos psychopathes en les soumettant à *l'électropyréxie par ondes courtes*. La provocation par ces ondes d'un état de détente musculaire, de diminution ou même de disparition complète de l'hypertonie généralisée (comme nous avons pu l'observer chez nombre de nos malades, qui présentent si fréquemment des troubles du tonus), l'apparition consécutive d'un état de semi-somnolence, également fréquemment observé chez les malades pendant l'action de ces ondes, l'hyperpnée qui accompagne l'établissement de la fièvre artificielle, pourraient rendre compte, peut-être, du déclenchement des crises oculogyres par ce mécanisme.

Mais ce n'est pas ici le lieu de présenter les diverses théories



pathogéniques qui se disputent les explications du déterminisme, encore mystérieux, des crises oculogyres. L'histologie pathologique ne paraît pas pouvoir nous éclairer encore suffisamment sur la physiopathologie de ces phénomènes. Mais que l'on envisage, pour le déclenchement et la production de ces spasmes, le rôle primordial ou secondaire, primitif ou associé, de l'appareil vestibulaire, de la bandelette longitudinale postérieure, des tubercules quadrijumeaux antérieurs, des centres supranucléaires, des centres striés, etc., il semble bien que, pour la majorité des auteurs (si l'on en excepte quelques psychanalystes fanatiques), les crises oculogyres puissent être considérées — et malgré leurs concomitants psychologiques incontestables — comme des phénomènes spasmodiques d'*hypertonie extra-pyramidale*, dont il est si fréquent de rencontrer des manifestations multiples et analogues dans les névraxites actuelles.

Depuis 1919, nous nous efforçons, par l'analyse des troubles organiques relevés chez nos psychopathes atteints de psychoses dites « fonctionnelles » ou « sine materia » et l'étude parallèle des signes cliniques décrits dans les diverses encéphalites ou encéphalo-myélites ou névraxites dites épidémiques, de démontrer que troubles organiques et parfois troubles psychologiques observés dans les deux séries de phénomènes — si souvent arbitrairement disjoints — se manifestent, en réalité, avec des modalités tout à fait comparables et parfois même superposables. La constatation vraiment fréquente dans les psychoses et les psychopathies classiques des crises oculogyres que l'on pourrait dire si spécifiquement caractéristiques du parkinsonisme encéphalitique, nous paraît plaider, une fois de plus, en faveur de nos conceptions doctrinales.

**Mérycisme démentiel par altruisme morbide,**  
par MM. Paul COURBON et Maurice LECONTE.

Dans son discours d'ouverture du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de Bruxelles, en juillet dernier, le Président René Charpentier a fait une magistrale étude de la bonté (1). Il l'a illustrée d'exemples nombreux et saisissants de bonté pathologique en racontant les actes plus ou moins inopportuns, plus ou moins dangereux qu'un altruisme morbide avait inspirés à

(1) René CHARPENTIER. — Sur la Bonté (Discours inaugural de la 39<sup>e</sup> session du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, Bruxelles, 1935).

leurs auteurs. Nous rapportons ici une manifestation de bonté pathologique que nous croyons rare.

C'est le cas d'une démente qui, pour nourrir les enfants imaginaires qu'elle entend se plaindre sous le plancher, rumine ses régurgitations, ses crachats et ses aliments, puis va cracher le tout dans l'évier ou dans les water-closets.

Cette femme, âgée aujourd'hui de 57 ans, a été présentée (1) par l'un de nous à la séance de la Société médico-psychologique du 30 avril 1928, à cause du contraste que l'on constatait chez elle, entre la cohérence de ses actes altruistes et l'incohérence de ses raisonnements et de sa conduite.

A cette époque, qui remonte déjà à 8 ans, l'affaiblissement démentiel à type schizophrénique, ainsi que l'avait mis en évidence l'interrogatoire pratiqué à la séance même par M. Guiraud, n'était pas aussi avancé que le faisait supposer l'absurdité des propos. Aussi les actes charitables qui épuisaient toute l'activité de la malade avaient-ils conservé une certaine opportunité. Et M. Minkowski avait invoqué son exemple pour montrer que l'altruisme ne suffit pas à réaliser la syntonie.

Depuis, la démence a progressé. La mémoire et le jugement se sont effondrés. Et c'est dans une oisiveté presque complète que la malade vit, à peu près réduite à la vie végétative. Mais au cours de ces années de déchéance, c'est d'une façon quotidienne qu'elle multiplia les preuves de son infatigable commisération, preuves de plus en plus marquées au sceau de la démence.

Elle portait sa soupe aux ouvriers, gavait les agonisantes et, si on l'eût laissée faire, eût entonné du hachis aux mortes. Elle s'échappait pour présenter le seau d'ordures au cheval de la buanderie. L'été, elle arrosait les arbres avec l'eau du robinet pour qu'ils n'aient pas soif, et l'hiver, elle les arrosait avec de l'eau qu'elle faisait chauffer pour qu'ils n'aient pas froid.

En relevant les paillasses du quartier des gâteuses, où elle est toujours hospitalisée, elle les chauffait contre ses propres jupes pour en enlever le froid.

Ses soliloques perpétuels étaient des phrases de compassion à l'égard de la souffrance que l'état du moment pouvait déterminer sur autrui. « Qu'il fait froid, s'écriait-elle un matin d'hiver en se réveillant, les pauvres malheureuses n'ont rien pour se couvrir. » « Avec ce soleil, être obligé de travailler sans rien boire, c'est terrible », remarquait-elle un jour du mois d'août. « N'avoir

(1) COURBON. — De la survivance de l'affectivité au naufrage de l'intelligence dans certaines psychoses chroniques. *Ann. Méd.-Psych.*, 1928, t. I, p. 419.

rien à manger quand on a faim, comme je vous plains », disait-elle en s'attablant à l'heure du repas. Incapable, en bonne ménagère alsacienne, de s'abstenir de lessiver, elle trempait tous les linges à sa portée dans des bassines, et contemplant ses propres mains crevassées, gémissait : « Les pauvres malheureuses qui n'ont pas d'eau chaude pour faire la lessive, c'est dur », et elle pleurait.

Ses postes favoris étaient l'évier et les water-closets où elle prétendait communiquer par les tuyaux avec les misérables qu'elle entendait se plaindre dans la cave. Souvent, elle y jetait des verres de lait ou de tisane, les bouchait en y vidant son assiette. C'est quand on l'en empêcha qu'elle recourut aux régurgitations.

On la voyait, une dizaine de minutes après les repas, interrompre une conversation comme sous une envie de vomir, et se mettre à mastiquer et remastiquer, puis elle allait cracher sur l'évier ou dans la cuvette une bouillie d'aliments. Interrogée, elle répondait : « Quand je pense à ces ventres maigres, mon manger remonte et je le leur donne bien menu. » Vers la même époque, en 1933, elle fut enrhumée, toussa et cracha. Mais le plus souvent, elle luttait contre la toux, gardait les crachats dans sa bouche, où elle introduisait encore des gâteaux, et broyait le tout entre ses dents pour avoir une purée plus nutritive à fournir à ses malheureuses. « C'est trop dur, les gâteaux secs, pour les petits », expliquait-elle.

De moins en moins logiques étaient les liens qu'elle établissait entre les misérables imaginaires et les événements. Souffrant elle-même des lancées que lui causait un panaris, elle se consolait en disant : « Ça les amuse, ces enfants, tant mieux. » Entrant dans son bain, elle soupirait avec volupté : « Oh ! comme ça va les réchauffer, eux qui ont si froid. »

A l'heure actuelle, sous l'envahissement progressif de la démence, la plupart de ces pratiques ne sont plus qu'ébauchées.

Cette conduite démentielle, où l'on voit la volonté maîtriser l'automatisme végétatif et imposer, à la musculature digestive, des mouvements antipéristaltiques, mérite quelque considération.

Le phénomène de la régurgitation, normal dans certaines espèces animales où il est appelé réjection, n'est pas impossible dans l'espèce humaine. Il existe normalement chez le nouveau-né qui have ce qu'il a ingéré. Il existe dans certaines maladies de l'adulte, dont le rétrécissement œsophagien.

Dans ces cas, la régurgitation échappe à la volonté du sujet. Mais elle peut lui être soumise dans d'autres circonstances. Par

l'entraînement, certains individus arrivent, en contractant leur diaphragme, à expulser par la bouche le contenu de leur estomac. Il est des artistes de music-hall, appelés hommes jets d'eau qui, après avoir avalé un bocal aquarium, restituent sur commande l'eau à peine tiède et les poissons encore vivants.

Chez notre malade, les matières régurgitées sont gardées dans la bouche et soumises à une trituration indéfinie. C'est donc une rumination véritable. Rappelons que la rumination a été constatée par Chomel, chez certains vieillards, atteints d'affection cérébrale et de mauvaise dentition. Chez notre malade, qui est une vieille à qui manquent beaucoup de dents, la rumination est, si l'on peut ainsi parler, perfectionnée, car les crachats amenés par la toux subissent le même sort et, à ce mélange, s'ajoutent encore quelques aliments directement introduits entre les lèvres. Au total, le phénomène consiste en une mastication incessante des réjections stomacales, des expectorations pulmonaires et des ingestions alimentaires. Le mot *mêrycisme*, s'il désigne bien la partie essentielle du fait, ne suffit donc pas à le décrire tout entier.

Ce *mêrycisme* compliqué se distingue encore de la rumination par sa fin altruiste et non égoïste. C'est pour se nourrir lui-même qu'obéissant inconsciemment à son instinct de conservation, la vache rumine. C'est, au contraire, pour nourrir autrui que notre malade mâche et remâche sciemment ses ingestions, ses réjections et ses expectorations. Ce faisant, elle s'éloigne du ruminant qui broie égoïstement sa propre pitance et elle se rapproche du pigeon qui, maternellement, prépare la becquée de ses jeunes en régurgitant les sécrétions de son jabot.

La conduite de notre malade, considérée au point de vue psychiatrique, est absurde et, au point de vue esthétique, elle est répugnante ; mais au point de vue moral, elle est vertueuse, puisque l'intention en est charitable. La maladie mentale (1) peut, ainsi que s'est efforcé de le montrer l'un de nous, simuler, non seulement la bonté, mais toutes les autres vertus. Ici, le masque de la charité est si grimaçant que la contrefaçon morbide est évidente.

La séance est levée à 18 h. 40.

*Le Secrétaire des séances,*

Paul ABÉLY.

(1) COURBON. — La vertu pathologique. En commémoration de la naissance de Taine. *Ann. Méd.-Psych.*, 1928, t. II, p. 235.

# SOCIÉTÉS

---

## Société de Neurologie de Paris

---

*Séance du Jeudi 5 Mars 1936*

---

**Présidence : M. TINEL, président**

---

### **Résultats éloignés d'intervention chirurgicale pour arachnoïdite, par MM. A. BARRÉ et Oscar METZGER.**

Les auteurs rapportent des résultats chirurgicaux portant sur 9 cas personnels. Il y eut 2 morts immédiates après l'intervention, 2 morts tardives et 5 améliorations appréciables qui ne furent suivies d'aucune récurrence.

### **Etude clinique d'un cas de myoclonies velo-pharyngo-laryngées, par M. J. DEREUX (de Lille)**

M. J. Dereux rapporte l'observation d'un malade qui présente une association intéressante de divers signes : hémiplégie alterne, pyramidale à gauche, cérébelleuse à droite ; héli-anesthésie gauche du type syringomyélique, myoclonies du voile du palais, du pharynx et du larynx. L'ensemble symptomatique permet de diagnostiquer une lésion de la protubérance : dans cette région la partie qui, par sa lésion, cause les myoclonies, est le faisceau central de la calotte.

### **Conservation des couches superficielles du cortex dans les ramollissements, par MM. ALAJOUANINE, HOMET et THUREL.**

Les auteurs attirent l'attention sur une particularité du ramollissement superficiel (cortical ou cortico-sous-cortical) du cerveau.

Il s'agit de la conservation des couches superficielles (1<sup>re</sup> et 2<sup>e</sup> couches de



cellules nerveuses) qui est une règle générale du ramollissement, tandis que les couches profondes peuvent être complètement détruites.

Cette *non-atteinte* des couches superficielles est due à une *certaine* indépendance de leur régime circulatoire par rapport à celui des couches profondes.

**Symptômes du lobe préfrontal, par MM. EGAZ MONIZ  
et ALMEIDA LIMA (de Lisbonne).**

MM. Egaz Moniz et Almeida Lima insistent sur l'importance du lobe préfrontal dans la vie psychique. Ils montrent que les syndromes délirants disparaissent souvent après les interventions chirurgicales et définissent la symptomatologie du lobe préfrontal. Elle est faite de symptômes généraux : modification de la température, vomissements, somnolence ; de troubles neurologiques : troubles moteurs, trismus, mouvements de manège, troubles sphinctériens constants ; de troubles oculaires : nystagmus, Argyll-Robertson, myosis, et de troubles psychiques : apathie, acinésie, attitude catatonique, opposition, mutisme, puérilité, sensation de faim.

Dans tous les cas sur lesquels les auteurs fondent leur description, aucun trouble de l'intelligence ou de la mémoire n'a été remarqué.

*Discussion* : M. Clovis VINCENT souligne le grand intérêt de la communication de M. Egaz Moniz, mais n'a jamais rien trouvé de semblable. Il pense que ce fait est dû à la différence des cas choisis, des conditions et des méthodes.

**Un cas de syndrome hémibulbaire associé à une paralysie croisée  
du pathétique, par MM. LÉVY-VALENSI, Justin BEZANÇON et G. TILITCHEEF.**

Les auteurs montrent un malade présentant à droite un syndrome cérébelleux avec paralysie du voile, du pharynx, de la corde vocale et un syndrome de Claude Bernard-Horner du même côté. Hémianesthésie alterne et paralysie du pathétique gauche.

Ils insistent sur cette association qui anatomiquement du moins ne peut s'expliquer que par une double lésion et rappellent des observations analoges.

**Coexistence de Paralysie due au sérum antidiphtérique et de paralysies  
diphtériques, par MM. J.-A. CHAVANY, F. THIÉBAUT et S. THIÉFFRY.**

A la suite d'une angine diphtérique tardivement identifiée et traitée par du sérum non purifié, on voit s'installer au cours même des accidents sérieux une paralysie radiculaire droite intéressant C<sup>3</sup>, C<sup>4</sup> et C<sup>5</sup> et portant surtout sur le trapèze, les muscles sus et sous-épineux et le grand dentelé. On assiste ensuite à l'évolution classique de la paralysie diphtérique obéissant au rythme connu de l'atteinte du voile du palais, de la fonction d'accommodation et des membres inférieurs. Les accidents dus à l'intoxication diphtérique sont guéris dans les délais normaux et 5 mois après le début des accidents la paralysie post-sérothérapique, comme il est fréquent, persiste encore.

Rapprochant leur cas de ceux antérieurs de Pommé et de Sauvez, les auteurs le présentent comme une curiosité clinique non susceptible d'appor-

ter une contribution à l'étude encore inachevée tant des paralysies post-sérothérapiques qu'à celle des paralysies diphtériques.

#### **Action de la radiothérapie sur la syringomyélie, par M. LHERMITTE.**

L'auteur présente un cas de syringomyélie avec acroparesthésie légère et atrophie de l'éminence thénar, dissociation syringomyélique que le traitement radiothérapique a guéri en quatre séances.

La malade est guérie depuis 1931 sans aucune nouvelle manifestation.

#### **Syndrome infundibulaire avec phénomène de dépersonnalisation, par MM. LHERMITTE et ALBESSAR.**

Les auteurs présentent un malade qui, à côté du syndrome infundibulaire, polyurie, boulimie et diminution de l'appétit sexuel, manifestait des phénomènes d'absence, de déréalisation, méconnaissance devant un miroir, phénomènes survenant par accès sans délire surajouté. Ils insistent sur l'importance neurologique et psychiatrique des troubles instinctifs produits par des lésions bacillaires.

#### **Un cas de parkinsonisme post-traumatique chez un ancien encéphalitique, par M. TINEL.**

L'auteur présente un malade atteint d'un syndrome typique de grand parkinsonisme apparu depuis 15 jours à la suite d'un traumatisme. Le malade avait été traité 16 ans auparavant pour encéphalite. Rien n'avait subsisté de son affection, sauf un léger tremblement.

*Discussion :* M. BAUDOIN considère qu'on ne peut pas chez ce malade nier l'élément de sinistrose qui paraît évident.

M. MONIER-VINARD fait remarquer que le tremblement du malade qu'il avait observé précédemment a augmenté en présence de l'assemblée et qu'il présente en outre un tremblement de la face qui n'existait pas. Aussi se range-t-il à l'avis de M. Beaudoin.

#### **Syndrome métastatique aigu médullaire dans le cancer (Syndrome de section physiologique), par Myélomalacie et Hématomyélie, par MM. G. ROUSSY, J. LHERMITTE et René HUGUENIN.**

Les auteurs montrent qu'au niveau des centres nerveux, comme dans le foie et le poumon, la survenue des métastases néoplasiques ne se manifeste pas constamment, comme on y est accoutumé, par des signes d'apparition sournoise et lentement progressifs : léger déficit unilatéral, perturbation d'un réflexe, paralysie évoluant par poussées successives et souvent incomplète. Elle peut s'extérioriser tout au contraire brutalement par un syndrome soudain de section physiologique de la moelle.

Les auteurs, qui ont déjà observé semblable syndrome au niveau du cerveau, rapportent une observation extrêmement intéressante de métastase aiguë médullaire. Dans ce cas, les lésions de la moelle ne sont pas dues à la métastase elle-même, mais aux troubles vasculaires surtout constitués par une hémorragie extra-durale.

L'importance de la notion de syndrome métastatique aigu est donc double.

D'une part, il présente un intérêt nosographique, puisqu'il s'agit là d'une notion clinique nouvelle et inaccoutumée. On conçoit surtout que le diagnostic exact ne soit pas fait si la tumeur primitive est encore méconnue. La notion qu'un tel syndrome existe peut conduire le clinicien à rechercher s'il n'est pas dû à un cancer encore latent. Le second intérêt est que cette notion met en évidence l'importance des syndromes vasculaires dans la pathogénie de certaines métastases.

**Etude anatomique du nerf vestibulaire d'un malade atteint de vertige de Menière, par MM. A. THOMAS et AUBRY.**

Les auteurs ont trouvé à l'examen anatomique une prolifération vasculaire intense et des traînées des tissus collagènes. Cette étude, faite sur des coupes sériees, a permis de découvrir non loin du bulbe un petit ganglion sur-numéraire dont l'existence leur fait conclure à la nécessité de la section juxta-bulbaire du nerf vestibulaire.

M. LECONTE.

---

**Société de Médecine Mentale de Belgique**

---

*Séance du 29 Février 1936*

---

**Présidence : M. VERMEYLEN, président**

---

**Etudes sur la catatonie expérimentale,  
par MM. F. d'HOLLANDER et Ch. LAVISTA.**

Après avoir rappelé les recherches sur l'action physiologique de la bulbo-capnine, les auteurs rendent compte des résultats de leurs expériences chez le cobaye, principalement au point de vue des lésions anatomiques qu'ils ont pu mettre en évidence.

Celles-ci sont assez diffuses. Outre les lésions des plexus choroïdes avec dilatation considérable des ventricules déjà décrits par d'autres auteurs, ils ont trouvé des lésions de la paroi des ventricules ainsi que du noyau caudé et du pallidum.

**Intoxication oxycarbonée avec légère hémorragie méningée et troubles mentaux tardifs, par MM. H. BAONVILLE, J. LEY et J. TITECA.**

Présentation d'un malade qui fut atteint accidentellement en novembre 1935 d'une intoxication oxycarbonée grave, ayant entraîné un coma de huit jours. Sa femme, intoxiquée en même temps que lui, n'a pas survécu. Pendant un mois il présenta des maux de tête, des vertiges, des troubles mnésiques, puis on vit apparaître un syndrome démentiel avec mimique inexpressive, gestes automatiques, attention volontaire très déficiente contrastant avec une attention spontanée éveillée. Ce tableau clinique évolua vers un syndrome confusionnel avec troubles profonds de la mémoire, fabulation assez pauvre et diminution de l'affectivité. Le liquide céphalo-rachidien, prélevé en plusieurs fractions, contenait à la première ponction 4 et à la seconde 1 globules rouges par mm<sup>3</sup>. Les auteurs insistent sur la période de latence avant l'apparition des troubles mentaux et sur l'existence très probable d'une légère hémorragie méningée.

**Un nouveau cas de démence présénile,  
par MM. H. BAONVILLE, J. LEY et J. TITECA.**

Présentation d'une femme de 62 ans, dont l'affection évolue depuis 8 ans et a débuté par des crises épileptiformes, suivies d'une amnésie progressive avec troubles d'allure aphasique et erreurs praxiques dans les actes professionnels. Il s'agit probablement d'une atrophie corticale progressive du type Alzheimer ou Pick.

**Psychose puerpérale à évolution démentielle, guérison brusque,  
par fièvre spontanée, par M. DAELMAN.**

Relation d'un cas de psychose puerpérale qui après deux années d'évolution à forme de démence précoce et après échec de deux essais de pyrétothérapie artificielle, suivis d'un retour de la menstruation mais sans aucune modification de l'état mental, fit une annexite avec poussées fébriles et guérit rapidement.

**A propos des psychoses de la ménopause, par M. HOVEN.**

L'auteur fait l'historique de la question et montre le caractère spécial des mélancolies de la ménopause, qui présentent dans beaucoup de cas une parenté clinique avec la démence précoce.

J. LEY.

## Société Belge de Neurologie

---

*Séance du 29 Février 1936*

---

**Présidence : M. ENDERLÉ, président**

---

### **Survie et reviviscence des centres nerveux après anémie aiguë, par M. C. HEYMANS.**

Les centres nerveux, et particulièrement les centres respiratoires, sont très sensibles à l'anémie. On a longtemps considéré qu'une interruption de 3 ou 4 minutes de la circulation entraînait une paralysie définitive de ces centres. Les preuves expérimentales de cette opinion n'étaient pas probantes ; l'auteur a voulu la vérifier par la méthode de la perfusion de la tête isolée. Cette perfusion se fait par une circulation dérivée d'un autre animal, un chien en l'espèce, soit par un poumon et un cœur artificiels.

La tête perfusée peut n'être plus en relation avec le tronc que par le pneumogastrique, ou par la moelle. Si, dans ces conditions, on interrompt par un dispositif spécial l'arrivée du sang à la tête, les réflexes généraux s'arrêtent au bout de 4 ou 5 minutes. Si l'on rétablit la perfusion, la reviviscence du centre respiratoire est possible, après 30 minutes. Comme il faut parfois transfuser pendant 10, 20 ou 30 minutes pour que cette reviviscence se produise, l'arrêt du centre respiratoire a donc duré 60 minutes.

Pour les autres centres encéphalobulbaires, les centres cardiorégulateurs et vasomoteurs, on obtient les mêmes chiffres.

Pour les centres des réflexes palpébraux et pupillaires, on trouve les chiffres de 15 à 20 minutes.

Toute une série d'expériences ont permis de préciser la possibilité de survie de divers centres. D'autres études ont permis d'examiner le comportement des centres lorsque l'animal est anémié ou asphyxié en totalité. Si on asphyxie ou qu'on saigne un chien, il se produit, au bout de 2 ou 3 minutes, une paralysie respiratoire. Au bout d'une demi-heure, on peut encore, par transfusion et injection intracardiaque d'adrénaline, obtenir une réanimation des centres respiratoire, cardio-régulateur et vaso-moteur. Mais le chien succombe dans le coma ; les centres ont été complètement et définitivement exclus, après 5 minutes au plus pour certains. Peut-être y a-t-il une sensibilité particulière des zones thalamiques et hypothalamiques. Les animaux totalement asphyxiés ou anémiés meurent en hyperthermie.

Des projections fixes et cinématographiques montrent le détail des expériences réalisées.



### **Hémiplégie à la suite d'hémorragie et de tamponnement de la région carotidienne, par M. H. CALLEWAERT.**

Présentation d'un malade de 33 ans, ayant des antécédents syphilitiques, et qui fut blessé d'un coup de couteau à la région carotidienne gauche. Une suture par agrafes n'empêcha pas une perte abondante de sang. Le blessé avait une parésie faciale inférieure gauche, par section de la branche cervico-faciale. Il y avait en outre section de la jugulaire et plaie tangentielle de la carotide. On laissa en place un tamponnement, pendant 36 heures. Il se produisit ensuite une hémiplégie droite avec confusion mentale et troubles sphinctériens. Plus tard, on constata de l'alexie, sans aphasie, de l'agraphie et de la dysphagie avec régurgitation nasale. La pathogénie de ces phénomènes hémiplégiques s'explique peut-être par un spasme des artères superficielles du cerveau.

### **Un cas de diagnostic difficile, par MM. P. MARTIN et L. Van BOGAERT.**

Présentation d'un malade atteint d'hémiplégie spasmodique gauche et dont l'examen ne montre aucun signe net permettant de rattacher la symptomatologie à un syndrome clinique classique. La ventriculographie a donné un résultat normal. Malgré l'absence des signes habituels on doit envisager la possibilité d'une étiologie tumorale.

### **Crises cataplexiques et anomalies de caractère, par MM. DE BUSSCHER, MARTIN et Van BOGAERT.**

Présentation d'une fillette de 10 ans, atteinte depuis un an environ de crises cataplexiques (chute en masse, durant une seconde, et sans perte de connaissance). Il existe une aréflexie tendineuse générale.

L'enfant a, depuis le début de ces troubles, montré un caractère bizarre, avec des manifestations naguère attribuées à une constitution hystérique. Les accès cataplexiques se produisent souvent après une fatigue.

### **Note sur l'hyperpnée, par MM. LARUELLE et L. MASSION.**

Projection d'un film montrant que, par l'hyperpnée, on peut faire apparaître certains signes autrement indécélables, comme le signe d'Oppenheim et celui de Babinski. L'épreuve de l'hyperpnée peut ainsi être d'une grande utilité pour un diagnostic de lésion ou de localisation.

J. LEY.

---

## ANALYSES

---

### LIVRES, THÈSES, BROCHURES

---

#### HISTOIRE DE LA MÉDECINE

**Tableau de la caricature médicale depuis les origines jusqu'à nos jours,**  
par A. WEBER. Préface du Professeur LAIGNEL-LAVASTINE. (1 vol. in-8°,  
144 pages avec 130 gravures in *Collection « Hypocrate »* Le François, édit.,  
Paris, 1936.

Dans ce volume édité avec soin, où l'histoire de la caricature médicale apporte des documents à l'histoire de la médecine et des mœurs, le lecteur trouvera réunies les diverses façons dont, de tous temps, dans tous les pays, on s'est moqué des médecins et on en a médité.

M. A. Weber a classé en les commentant ces documents, qui soulignent les ridicules des médecins et des malades et parodient certaines des attitudes professionnelles médicales, selon que ces documents se rapportent à l'antiquité classique, à la danse macabre, à la Renaissance, au siècle de Molière, aux caricatures de Rowlandson, au XVIII<sup>e</sup> siècle, au XIX<sup>e</sup> siècle (Daumier). Autrefois, l'on riait seulement des malades, aujourd'hui on rit surtout des médecins.

Des 130 gravures réunies dans ce volume, et dont beaucoup sont bien connues, il faut rappeler ici, parmi celles qui concernent la psychiatrie, l'hypocondriaque de Rowlandson (62), le pèlerinage au tombeau du diacre Paris (72), les caricatures sur le baquet de Mesmer (73, 75) et le magnétisme animal (74), sur Gall et sa phrénologie (76, 77), en particulier celle de Rowlandson, intitulée « une conférence du D<sup>r</sup> Gall (78) », si caractéristique de la manière de l'artiste, une gravure allemande du XVIII<sup>e</sup> siècle consacrée à la Guérison de la Folie (88), les tracteurs métalliques du D<sup>r</sup> Perkins (86), et les grands effets merveilleux de l'acupuncture (104), caricature toujours d'actualité bien que vieille d'un siècle, l'hypocondriaque joufflu de Daumier (93), qui craint d'être « poitrinaire », etc., etc.

D'intéressantes pages consacrées au rire et au phénomène du comique, M. A. Weber conclut que le rire accompagne un passage du sacré au profane. L'avalanche des caricatures qui a salué l'avènement de la médecine

scientifique a, selon lui, pour origine, la disproportion entre la médecine « sacrée » et la médecine profane, le passage instantané entre le divin de la profession médicale et l'humain, le trop humain, de celui qui l'exerce.

René CHARPENTIER.

**La peste d'Athènes (430-426 av. J.-C.),** par le Dr J.-P. BÉTEAU. *Préface* par M. le Dr L. TANON, Professeur d'Hygiène à la Faculté de Médecine de Paris, traduction d'extraits de l'*Histoire de la guerre du Péloponèse*, par M. P. BARRIÈRE, Agrégé de l'Université, Docteur ès lettres (1 brochure in-16, 46 pages, édit. par l'auteur, Paris 1934).

La maladie dite « peste d'Athènes », si bien décrite par Thucydide, a de tout temps vivement excité la curiosité et suscité une longue controverse. Si, depuis Littré, on admet généralement qu'il s'agissait d'une épidémie de peste pneumonique, on a incriminé successivement la fièvre putride, l'ergotisme, le typhus, le typhus exanthématique, la syphilis, la méningite cérébro-spinale, la variole, la scarlatine, la rougeole, la fièvre jaune, etc...

Reprenant et commentant la description de Thucydide, M. Beteau est d'avis que cette peste, venue d'Ethiopie et d'Egypte, qui envahit l'immense empire perse et atteignit la Grèce en 430 par une route maritime, fut une double épidémie de *dengue méditerranéenne* et d'*érysipèle* épidémique.

Cette association expliquerait la mortalité relativement élevée, la haute malignité de l'épidémie étant en rapport avec les circonstances cosmiques et les conditions hygiéniques. Si, d'ailleurs, la morbidité fut exceptionnellement importante, la mortalité depuis le début de l'année 430 jusqu'au commencement de l'hiver 426-425 ne fut guère que d'environ quatre pour cent des habitants, mortalité qui serait bien faible s'il s'agissait de typhus, de variole, de fièvre jaune ou de peste pneumonique.

En terminant cette très intéressante discussion, méthodiquement conduite, M. Beteau rappelle l'opinion de Grall, que la dengue méditerranéenne a son berceau dans la Mer Rouge, et ne serait qu'une dengue tropicale dont les caractères se modifient dans le bassin méditerranéen jusqu'à s'individualiser. L'origine éthiopienne de cette « dengue d'Athènes » viendrait à l'appui de cette hypothèse.

Rappelons en terminant que Socrate ne quitta pas Athènes pendant l'épidémie et fut protégé, assure Diogène Laërce, par sa sobriété.

René CHARPENTIER.

## PSYCHIATRIE

**Psychose maniaque-dépressive et folies discordantes. Situation nosographique de quelques formes particulières par rapport à ces entités,** par Julien ROUART. 1 vol. in-8°, 260 pages. G. Doin, édit. Thèse Paris 1935.

L'existence de nombreux cas pathologiques susceptibles d'être placés dans le cadre de la psychose maniaque-dépressive ou dans celui de la démence précoce pose un problème nosographique qui a, depuis longtemps, retenu l'attention des cliniciens et que l'auteur va tenter de résoudre à l'aide d'une méthodologie inspirée principalement des conceptions de Jaspers.

Kræpelin fondait sa classification sur un procédé qui consiste à instituer des expériences comparées entre les signes de deux formes cliniques pour

éprouver jusqu'à quel point ces signes peuvent être utilisés en vue du diagnostic. L'entité clinique, créée par cette méthode, reste subordonnée aux résultats d'observations nouvelles qui peuvent en élargir ou en rétrécir le cadre, et par suite, modifier la classification. On sait que celle de Kræpelin a varié d'une édition à l'autre de son *Traité*.

Jaspers a critiqué cette méthode. Il constate avec raison que les maladies dont l'étiologie et l'anatomie pathologique sont connues, la paralysie générale par exemple, ne présentent aucun tableau psychopathologique spécifique ni caractéristique. Les groupes dont l'étiologie et l'anatomie pathologique sont inconnues, telles que la démence précoce ou la psychose maniaque-dépressive ont des limites très différentes suivant que l'on considère, soit leurs signes psychiques fondamentaux, soit leur évolution. Les synthèses de Kræpelin réalisèrent néanmoins un progrès considérable sur les classifications antérieures, grâce à l'observation du « tableau d'ensemble ». Mais elles ne tenaient pas suffisamment compte du rôle pathogénique des éléments constituant la personnalité même du sujet, sur lesquels Magnan avait insisté dans sa doctrine de la dégénérescence mentale. Ce fut le mérite de Bleuler de distinguer, entre les symptômes observés, les symptômes primaires qui étaient plus directement en rapport avec un processus morbide et les symptômes secondaires, auxquels les premiers permettaient de se manifester, mais qui étaient empreints de caractères essentiellement personnels.

L'auteur étudie ces facteurs personnels dans l'éclosion des psychoses maniaques-dépressives et schizophréniques. A la lumière des travaux de Bleuler et de Kretschmer, il examine les deux points de vue : d'une part la personnalité en ce qu'elle possède antérieurement à toute expérience, d'autre part le développement de la personnalité subordonnée au milieu, bref les éléments innés ou hérités et les éléments acquis. Il analyse les opinions adverses, s'élève avec raison contre un constitutionnalisme inné trop étroit et semble accorder une influence prépondérante aux éléments acquis.

Un chapitre important est ensuite consacré aux travaux méthodologiques, peu connus en France, et particulièrement à ceux de Kretschmer, Jaspers, K. Schneider, Birnbaum, qui ont étudié les notions de réaction, de processus, de structure. Il expose tout d'abord certains principes tirés des nouvelles tendances de la psychologie allemande et, en particulier, de la phénoménologie. Une manière spéciale d'appréhender les faits psychiques et de les relier entre eux en découle : l'interpénétration affective, la compréhension, ou l'impénétrabilité, sont des notions issues de cette méthode, et, de même, « le contact vital avec la réalité » (Minkowski) ; la schizoïdie et la syntonie de Kretschmer. L'auteur examine la valeur méthodologique des notions de constitution, de réaction, de processus. Une réaction est un ensemble de faits psychiques provoqués par une cause exogène. « Sont réactions vraies, pour Jaspers, celles dont le contenu est en rapport compréhensible avec l'événement originel, qui ne seraient pas nées sans cet événement et dont l'évolution dépend de l'événement et de leur rapport avec lui. » La réaction, si elle est compréhensible, est un phénomène psychique différent du normal seulement par une anomalie d'intensité, de durée. Si elle cesse d'être en rapport compréhensible avec un événement et la personnalité antérieure du sujet, on doit faire intervenir, dans sa genèse, un facteur extraconscient ; elle peut être expliquée par une relation de

causalité avec un processus. La notion de processus désigne donc habituellement le facteur extraconscient responsable des troubles psychiques qui échappent à notre compréhension, et conduisent généralement à des états de déficit. La situation réciproque de ces éléments — caractère, réaction, événement vécu, processus — constitue la structure des psychoses. L'étude de la structure tient compte de tous les éléments qui constituent la personnalité héritée ou acquise, et notamment des événements extérieurs, psychologiques ou organiques, qui peuvent la modifier dans un sens particulier. Le diagnostic d'une espèce morbide devient ainsi essentiellement d'ordre psychopathologique et peut être établi de plusieurs points de vue ; c'est un diagnostic « à plusieurs dimensions », selon l'expression de Kretschmer.

Dans une seconde partie, clinique et nosographique, qui occupe la majeure partie du volume, l'auteur essaie d'appliquer à la discussion d'un certain nombre de cas concrets (26 observations) les notions théoriques ci-dessus. Il le fait avec beaucoup de prudence et de sagacité.

Il définit d'abord la psychose maniaque-dépressive, dans ses formes pures qui se caractérisent par un type clinique et une évolution intermittente, sans apparition de troubles déficitaires en relation avec la maladie. A côté de ce type idéal, il analyse des types complexes avec confusion et délire et même réponses à côté, ce dernier symptôme, dans le cas envisagé, apparaissant, malgré son absurdité, comme une réaction compréhensible. Le critère qui permet à l'auteur de poser son diagnostic est donc un caractère négatif : l'absence de dissociation, de signes schizophréniques primaires (au sens de Bleuler). Dans un troisième groupe il réunit, sous le signe de la rupture avec le monde extérieur, des formes nettement schizophréniques intermittentes ou avec rémission, des états maniaques dépressifs, progressivement discordants ou catatoniques et enfin les schizomaniaques de Claude. Entre ces deux groupes, et sans discontinuité franche avec eux, il place enfin des états intermittents, dans lesquels à chaque accès la perturbation est plus profonde, l'excitation ou la dépression moins pure, plus dissociée mais sans signe de déficit dans l'intervalle. Ce sont les formes « liminaires ou marginales » dont il défend l'indépendance nosographique. Il considère en effet, selon les principes méthodologiques qu'il invoque, l'aspect psychologique du trouble comme un tout indivisible et ne saurait admettre les notions de psychoses associées ou combinées, ni la possibilité d'une combinaison congénitale de deux dispositions pathologiques.

Il faut lire ce travail consciencieux pour en saisir toute la valeur. Imprégné des récentes théories allemandes, il cherche, cependant, à se libérer de certaines tendances unicistes, prêtes à bouleverser la psychiatrie, déjà suffisamment anarchique, sous le prétexte qu'un même trouble peut engendrer n'importe quel tableau clinique. Tout en insistant sur le rôle capital de la personnalité dans la psychopathologie, il reconnaît la nécessité de conserver des entités morbides bien individualisées par leur type clinique et par leur évolution, entités qui constituent des sortes de repères par rapport aux formes complexes, les plus nombreuses sans doute, dans la pathogénie desquelles interviennent des facteurs multiples en proportions différentes, et qui restent encore si difficiles à classer.



**Essai sur la schizophasie**, par le Dr Jacques DELMOND, interne des asiles de la Seine. *Thèse Paris* 1935, 104 pages, E. Le François édit.

La schizophasie, langage incohérent du dément précoce, est le témoin fidèle, idéo-verbal, de son degré de dissociation psychique. Elle peut aller jusqu'à la « salade de mots », jusqu'à la destruction du langage. Moins prononcée, elle aboutit seulement aux néologismes, à la glossolalie, au symbolisme, à l'hermétisme. L'incohérence verbale ne fait que traduire l'incohérence idéique ou conceptuelle.

Les observations cliniques de schizophasie se font à l'aide : 1° de propos notés au cours d'interrogatoires ou spontanément tenus par le malade devant le médecin ; 2° de textes schizographiques ; 3° de propos enregistrés par la méthode phonographique. L'enregistrement phonographique peut, en effet, rendre de grands services pour l'étude des troubles phonétiques chez les aliénés, comme l'ont bien montré, il y a longtemps déjà, Joffroy et Mignot.

Les troubles schizophasiques correspondent à une désintégration de la fonction du langage, dont le niveau varie suivant les cas. On y rencontre notamment, en appliquant la méthode de Head pour l'examen des troubles du langage dans l'aphasie : des troubles verbaux ou de la fonction d'expression motrice, constituant une variété de jargonaphasie ; des troubles nominaux (paralogismes, néologismes), rappelant la paraphasie ; des troubles syntaxiques (paragramatismes) représentant la forme la plus pure de schizophasie ; des troubles sémantiques, principalement caractérisés par « l'interprétation philologique ».

R. DUPOUY.

**Essai sur la psychologie et la physiologie des obsédés**, par le Dr Henry-M. GALLOT, ancien interne des hôpitaux de Paris. *Thèse Paris* 1935, 168 pages, E. Le François édit.

L'auteur tente une analyse à la fois psychologique et physiologique des obsessions. Il établit rapidement les traits marquants de l'obsession, le sentiment de parasitisme, la lucidité du sujet, sa lutte, son angoisse, enfin le terrain constitutionnel spécial, psychasthénique ou anxieux, sur lequel évolue l'affection.

En clinique, il distingue les obsessions intellectuelles, les obsessions impulsives, les obsessions algiques, les phobies diffuses ou systématisées. Dans son étude sur leur psychogénèse, il expose successivement la théorie de P. Janet, la théorie psychanalytique de Freud (psychanalyse en profondeur et celle de Steckel (psychanalyse en surface). Etudiant ensuite la physiopathologie de la constitution psychasthénique, il arrive à cette conclusion que la psychasthénie — terrain de culture des obsessions — semble être « la résultante, la traduction dans le domaine de la pensée active d'une certaine manière d'être psycho-physiologique d'origine toxique ou infectieuse, héréditairement transmissible » et il fait jouer le rôle le plus actif et le plus fréquent à la syphilis. L'obsession serait, pour Laignel-Lavastine et pour lui, « un phénomène récessif souvent hérédo-syphilitique ».

Physiologiquement encore, les obsédés sont des hyperamphovagotoniques avec grosse excitabilité vagale et sympathique ; morphologiquement des asthéniques (type Kretschmer) ou plus exactement des « rétractés-bossués » hyper-excitables (type Sigaud et Corman).

R. DUPOUY.

**Le travestissement. Essai de psycho-pathologie sexuelle**, par le Dr Agnès MASSON. Préface du Professeur LAIGNEL-LAVASTINE. 1 vol. in-8° de 143 pages. Collection « Hippocrate ». Le François édit., Paris 1935.

Je suis heureux de présenter aux lecteurs des *Annales*, comme je l'ai fait au grand public, ce volume de Mme Masson, médecin-directeur de l'Asile de Saint-Alban. Mme Masson y montre parfaitement le caractère psycho-pathologique du travestissement, avec une grande abondance de détails, qui ne masquent cependant pas la vue d'ensemble, et avec des références bibliographiques très précises, qui permettent de se reporter non seulement aux travaux fondamentaux sur la question (Krafft-Ebing, Havelock Ellis, Hirschfeld, Forel, Marañon, etc.), mais encore aux sources mêmes du sujet (dans l'histoire, dans la littérature, dans les faits divers des journaux).

Frappé comme Sainte-Beuve par le féminisme de l'abbé de Choisy, auquel j'ai consacré une étude dans *Paris Médical* en 1919, j'ai continué à Sainte-Anne, comme professeur de clinique intérimaire, à démontrer la fréquence, surtout chez les aliénés, d'un manque de polarisation sexuelle plus ou moins accentué.

Après Dupré, je suis revenu sur l'abondance des « femmes à barbe » dans les asiles. J'ai lié leur hypertrichose et leur virilisme à des perturbations endocriniennes, souvent hérédosyphilitiques. Et au-dessous des androgynes et des gynandres, chez lesquels le défaut de polarisation sexuelle est à la fois morphologique, physiologique, psychique et social, j'ai esquissé les formes les plus atténuées d'impolarisation sexuelle, pouvant se réduire chez tel homme à un goût pour la tapisserie, chez telle femme à une habitude de porter une canne, ou à quelque autre détail vestimentaire si léger qu'il n'est plus qu'un élément infime du travestissement.

Mme Masson a également envisagé le travestissement au point de vue ethnographique. Phénomène relativement fréquent, il présente souvent un caractère rituel, et, alors, est presque toujours lié à l'homosexualité. « Parfois, écrit-elle, il ne représente qu'une coutume tolérée, qui n'a pas ou n'a plus de signification sociale ou religieuse ; parfois encore, il ne représente qu'une exception, et ces cas sont alors comparables à ceux que l'on rencontre dans les pays civilisés, lorsqu'aucun élément de contagion collective ne le favorise. »

Enfin, très justement, Mme Masson a insisté, sur l'importance des travestis dans le domaine médico-légal. Un de mes compatriotes, Jacques Duval, d'Evreux, qui fut médecin à Rouen sous Henri IV, eut le mérite de sauver du bûcher un androgyne qui vivait maritalement avec une femme et était habillé en femme. Désigné comme expert, Jacques Duval ne se contenta pas de discourir comme ses confrères, mais voulut voir et toucher. Il décela le pénis de l'inculpé et publia peu après un *Traité des Hermaphrodites* qui, conformément au goût de l'époque, commençait par un acrostiche !

Le livre de Mme Masson ne vaut pas seulement par son pittoresque et son piquant : c'est un important travail critique et médical, où l'auteur, avec une double technique, bibliographique et clinique, a su trouver les matériaux nécessaires à l'édification d'un syndrome vestimentaire, le travestissement, qui mérite une place marquée dans la psycho-pathologie sexuelle.

LAIGNEL-LAVASTINE.

**Recherches sur la natalité dans certains groupes de maladies mentales** (Untersuchungen über die Fruchtbarkeit gewisser Gruppen von Geisteskranken), par Erik ESSEN-MÖLLER. Fasc. de 314 pages, supplément VIII des *Acta Psychiatrica et Neurologica*, Copenhague 1935.

Ce livre, consacré à l'étude de la natalité chez les schizophrènes, les maniaques dépressifs et les épileptiques, est le fruit des recherches poursuivies par l'auteur à l'Institut du Professeur Rüdin, à Munich. 5.000 malades appartenant à ces trois catégories, ainsi que 1.200 normaux, ont été étudiés aux points de vue suivants : proportion des mariages, mortalité et mortalité des enfants, nombre des enfants légitimes et naturels, comportement au point de vue de la courbe de dénatalité, hérédité, reproduction en général. Les tableaux statistiques forment un volumineux appendice, de près de 100 pages.

Le nombre des mariages devient inférieur à la moyenne, après le début de la maladie, dans les trois groupes, 1/6 de la moyenne chez les schizophrènes. Avant la maladie il est normal chez les maniaco-dépressifs, supérieur à la moyenne chez les épileptiques, inférieur chez les schizophrènes. L'internement n'est pas la raison principale de la diminution des mariages, qui est variable selon les formes cliniques, et sur laquelle la durée de la maladie est sans influence sensible. La mortalité des enfants n'est pas augmentée, alors que celle des parents malades l'est plus ou moins considérablement : 1 fois 1/2 chez les maniaco-dépressifs, 3 fois chez les schizophrènes, 8 fois chez les épileptiques. Quant au nombre des enfants légitimes, les maniaques dépressifs et les épileptiques en ont autant que la population saine, et en cas de dénatalité ils subissent la même régression. Les hommes schizophrènes ont un nombre normal d'enfants dans une population qui ne pratique pas la limitation des naissances, tandis que chez les femmes schizophrènes la proportion est égale à la moitié de la moyenne. Mais en cas de dénatalité, les schizophrènes, hommes et femmes, ne prennent pas part à la régression du nombre des naissances ou du moins ne suivent cette régression que plus lentement que la population saine.

La reproduction en général est égale à la moyenne chez les maniaques-dépressifs. La transmission héréditaire de la maladie est fréquente. Par contre, la reproduction des schizophrènes et des épileptiques est fortement diminuée. Les enfants des parents schizophrènes ne fournissent qu'une faible partie, un dixième peut-être, de la totalité des schizophrènes dans une population. Dans l'épilepsie les proportions sont analogues. Mais les enfants peuvent être atteints de psychopathies constitutionnelles diverses, d'autre part ils peuvent, en tant qu'hétérozygotes, transmettre à des générations ultérieures la maladie de leurs parents.

Etant donné l'actualité de la question, il est naturel que l'auteur ait envisagé la répercussion sur la fréquence des maladies étudiées, de la stérilisation eugénique obligatoire. Elle est plus ou moins importante, suivant que l'intervention peut être pratiquée dès les premières manifestations de la maladie, ou seulement après l'internement. Mais elle apparaît comme bien moins importante et surtout bien moins immédiate, si on pense que la psychose maniaque dépressive a un début relativement tardif, et que la grande majorité des schizophrènes et des épileptiques ne proviennent pas de parents atteints de ces maladies.

E. BAUER.

**Dermatoses pellagroïdes chez les malades mentaux** (Pellagroïde Dermatosen an Geisteskranken), par Paul REITER et Jakob JAKOBSEN (de Copenhague). 1. vol. in-8°, 125 pages. Levin et Munksgaard, Copenhague, et G. Thieme, Leipzig, éditeurs, 1935.

En examinant 955 malades mentaux, les auteurs ont rencontré des dermatoses d'aspect pellagroïde, dans 182 cas (19,3 %) ; mais le diagnostic de pellagre n'était cliniquement justifié que dans 14 cas. Parmi 881 détenus des prisons danoises, examinés à titre de contrôle, les proportions furent les suivantes : 37 cas (4,5 %), de dermatoses pellagroïdes, 2 cas de pellagre vraie. Cette fréquence des affections pellagroïdes chez les malades mentaux est particulièrement imposante dans l'encéphalite et dans la démence précoce. Dans cette dernière maladie, les dermatoses pellagroïdes ont été de moitié plus fréquemment constatées que toutes les autres dermatoses réunies, et quant aux 14 cas de pellagre « vraie », 12 étaient des schizophrènes.

Mais l'étude approfondie de ces 14 cas ne permet pas d'admettre, du moins pour une partie d'entre eux, l'étiologie pellagreuse. Il s'agit de dermatoses d'origine centrale, conséquences de la maladie mentale, dues à des lésions hypothalamiques. Le fait est démontré pour 1 cas d'encéphalite et 2 cas de schizophrénie. En étendant l'hypothèse de cette pathogénie aux autres affections pellagroïdes, on comprend pourquoi on les rencontre si fréquemment chez les malades mentaux, et surtout chez les encéphalitiques et les déments précoces.

Bien entendu, la pellagre vraie existe également chez les malades mentaux, un des 14 cas décrits apparaît comme un exemple typique. Elle est plutôt due à des troubles de la résorption qu'à des défauts d'alimentation.

Les auteurs ont étudié la formule sanguine d'une partie des malades, et ils signalent la fréquence de la lymphocytose, de l'éosinophilie, de la tendance à l'anémie. Ils discutent la pathogénie des troubles extrapyramidaux décrits dans la pellagre. Ces troubles ont été décrits également chez des déments précoces présentant des signes d'intoxication entérohépatique (diarrhée, etc.) et dans la dysenterie bacillaire. Ils sont dus à l'action sur le diencéphale de l'auto-intoxication intestinale. Enfin, les auteurs étudient l'influence de la pellagre sur l'évolution des maladies mentales. Elle peut provoquer des troubles psychotiques, elle peut modifier l'aspect clinique d'une psychose existante ; retour passager à la lucidité, transformation en syndrome amentiel d'un syndrome paranoïde, production d'un syndrome catatonique au cours d'un paroxysme maniaco-dépressif, pour citer quelques exemples.

E. BAUER.

## PSYCHOLOGIE

**La psychologie expérimentale et comparée**, par Pierre JANET (1 brochure in-8° 14 pages. Extrait du Livre jubilaire composé à l'occasion du *Quatrième Centenaire du Collège de France*. Paris. Les Presses Universitaires de France, édit).

C'est en 1888 que l'enseignement de la *psychologie expérimentale et comparée* fut inauguré au Collège de France par *Théodule Ribot* (1888-1901). Jusque-là trop confondues avec les études philosophiques et morales, les études



psychologiques marquaient ainsi leurs tendances nouvelles et leur alliance avec les sciences biologiques. On sait combien grande fut l'influence de Th. Ribot. Par son autorité, par son caractère, comme par ses méthodes, il a réussi à transformer l'enseignement psychologique en France, à faire accepter une psychologie scientifique en remplacement d'une psychologie philosophique, imbuë de métaphysique. De cette psychologie, les précurseurs sont des médecins français du début du siècle tels que Pinel, Georget, Broussais, Esquirol, Leuret, Falret, Duchenne (de Boulogne), Morel, Brierre de Boismont, Moreau de Tours, etc.

Le caractère libéral, conciliant, modeste, de Ribot, groupa autour de lui tous ceux, philosophes, physiologistes, aliénistes, qui s'intéressaient aux phénomènes de l'esprit, et le succès de la *Revue Philosophique*, fondée par lui en 1876, contribua beaucoup à faire admettre le principe d'une psychologie positive et scientifique.

Pleine de mesure, la méthode de Ribot est avant tout une méthode objective, mettant en garde contre cette illusion qu'employer des procédés mathématiques, c'est arriver à la certitude mathématique. Cette méthode objective est complétée par une méthode de comparaison et par une sorte d'expérimentation, fournie par les études de psychologie pathologique, « expériences préparées par la nature et d'autant plus précieuses qu'ici l'expérimentation est plus rare ». On sait le succès des petits livres sur les *Maladies de la mémoire*, les *Maladies de la volonté*, les *Maladies de la personnalité*. Ribot y dégagait sa loi de la dissolution des fonctions psychologiques, qui va du complexe au simple, dans l'ordre inverse de l'évolution. L'étude de la maladie mentale n'est pas seulement un moyen d'établir des comparaisons, c'est aussi un merveilleux instrument d'analyse des phénomènes psychologiques. Ces études sur l'ordre hiérarchique des fonctions psychologiques nous conduisent à nous représenter leur formation sous la forme d'une évolution progressive. Et la psychologie de Ribot, qui tient toujours compte du progrès et de l'évolution de l'esprit, se présente comme une véritable psychologie génétique.

Th. Ribot a fondé ainsi une psychologie bien française, objective, comparative, pathologique, génétique, qui aura une place importante dans l'histoire des sciences morales. Et M. Pierre Janet, qui lui succéda en 1901, après l'avoir suppléé depuis 1895, pendant trente-cinq ans, continué cet enseignement, passant en revue, avec le succès que l'on sait, tous les problèmes de la psychologie normale et de la psychologie pathologique, auxquels il a consacré de gros ouvrages qui font partout autorité.

René CHARPENTIER.

**L'année psychologique trente-cinquième année (1934)**, par Henri PIÉRON, Professeur au Collège de France et à l'Institut de Psychologie de l'Université de Paris. 2 vol. in-8°, ensemble, 912 pages in (Bibliothèque de Philosophie Contemporaine, Félix Alcan, édit., Paris 1935).

La trente-cinquième année de *L'Année psychologique*, publiée par le Professeur Henri Piéron, contient en ses deux volumes 1.563 analyses et résume tous les travaux psychologiques importants publiés en 1934.

Dans une première partie réservée à des mémoires originaux on trouvera d'abord les résultats très intéressants des expériences sur l'évanouissement de la sensation lumineuse (persistance indifférenciable et persistance totale)



dans lesquelles *M. Henri Piéron* a mis en lumière des données nouvelles de grand intérêt.

*M. N. Margineanu* donne ensuite deux études sur les facteurs psychologiques que dégage l'analyse statique de l'esprit, analyse factorielle due à l'initiative de Spearman, dont l'auteur expose ici la méthode ainsi que la méthode simplifiée de Thurstone et les recherches de Kelley. C'est également à cette question que se rattache le mémoire dans lequel *Mlle Jeanne Monnin* met en évidence, par des méthodes statistiques correctes, l'existence de types d'intelligence s'accroissant avec l'âge et présentant une indépendance notable.

A signaler également un travail dans lequel *MM. A. Fessard et P. Kucharski* publient les résultats de leurs recherches sur les temps de réaction aux sons de hauteurs et d'intensités différentes, mettant en évidence des faits curieux concernant la relation des temps de latence des sensations auditives avec la hauteur des sons.

Dans une contribution à l'étude du goût dit électrique, *MM. Z. Bujas et A. Chweitzer* analysent le goût complexe et le goût amer provoqués par la fermeture à la cathode (excitation directe des terminaisons nerveuses, et stimulation chimique), ainsi que le goût acide provoqué par la fermeture à l'anode (peut-être dû à l'électrolyse de la salive et du liquide nitro-cellulaire). Il resterait à expliquer le goût acide qui apparaît à la cathode au moment de l'ouverture et le goût sucré qui l'accompagne parfois.

Cette série de mémoires se termine par des pages consacrées par *Mme Katharine Banham Bridges* à l'étude du type émotionnel chez le jeune enfant.

Dans une revue générale d'acoustique psycho-physiologique qui rendra de grands services, *M. Henri Piéron* met au point un ensemble de recherches de la plus grande importance, tant au point de vue de la théorie de l'audition qu'au point de vue pratique (mesure des bruits, acoustique des salles, etc.), et montre la nécessité, pour résoudre les problèmes qui restent posés, de l'union des physiiciens et des biologistes (psycho-physiologistes, otologistes, etc.).

Une chronique, pleine de renseignements sur la vie des Sociétés, des Congrès, des Universités, des périodiques, complète cette publication hautement renommée, dont la publication est chaque année attendue et qui a sa place marquée dans toutes les bibliothèques psychiatriques.

R. C.

## NEUROLOGIE

**Etudes Neurologiques, sixième série**, par Georges GUILLAIN, Professeur à la Faculté de Médecine de Paris, membre de l'Académie de Médecine, Médecin de la Salpêtrière. 1 vol. in-8°, 434 pages avec 108 figures, Masson et C<sup>ie</sup> édit., Paris 1935.

Le sixième volume d'études neurologiques du Professeur Guillain, qui vient de paraître, est particulièrement important et remarquablement édité. Les 36 travaux qu'il contient ont été groupés en chapitres consacrés aux tumeurs cérébrales, à la pathologie de l'encéphale, à la pathologie des pédoncules cérébraux, de la protubérance, du bulbe, du cervelet, à la patho-

logie de la moelle épinière, à la pathologie des nerfs craniens et rachidiens, aux atrophies musculaires.

On trouvera dans ces travaux de clinique, comme dans les précédents, le souci constant de maintenir à l'anatomie et à la physiologie du système nerveux la prééminence dans les études neurologiques, et aussi la préoccupation de rénover et de perfectionner la méthode anatomo-clinique par l'utilisation la plus large des techniques que la bactériologie, la chimie et la physique mettent à la disposition de la neurologie.

Ce nouveau volume d'études neurologiques contient les travaux poursuivis par l'auteur au cours des dernières années à la Clinique de la Salpêtrière. Ils sont conçus dans les traditions de l'Ecole de la Salpêtrière, c'est-à-dire qu'à la méthode anatomo-clinique ont été adjointes toutes les investigations modernes de la biologie.

On trouvera beaucoup de travaux de neurologie pure, classique, dans ce volume qui se termine par le beau discours prononcé par le Professeur Guillaïn, à Rabat, en 1933, lorsqu'il présidait la 37<sup>e</sup> session du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. Dans ces pages, consacrées à la nécessité des recherches scientifiques pour le progrès de la neuro-psychiatrie, M. G. Guillaïn étudie la crise de la formation des élites et ses causes. Il montre que les élites doivent être sélectionnées jeunes, et suggère la création de grands Instituts de pure science neuro-psychiatrique, dans lesquels de jeunes savants, suffisamment rétribués par l'Etat, pourraient se consacrer uniquement à la recherche.

R. C.

**Neurologie**, par le Dr R. MONIER-VINARD, Médecin de l'Hôpital Ambroise-Paré (1 vol. in-12, 222 pages, in *Collection des Initiations médicales* publiée sous la direction du Dr A. SEZÁRY, Masson et C<sup>ie</sup> édit., Paris 1935).

Ce petit livre débute par un excellent chapitre consacré à des considérations sur le diagnostic neurologique et l'examen du malade, chapitre dans lequel M. Monier-Vinard expose les principes qui président à l'élaboration du diagnostic et s'attache à montrer qu'il est une hiérarchie dans la valeur sémiologique des faits.

L'auteur passe ensuite en revue les troubles de la motilité, l'examen et la sémiologie des réflexes, les troubles sensitifs subjectifs, les troubles objectifs de la sensibilité, les troubles sensoriels, les comas, les troubles de la parole et du langage, les troubles sphinctériens et génitaux, les dystrophies, les troubles trophiques et vaso-moteurs, les altérations du liquide céphalo-rachidien, hypertension intracrânienne et syndromes méningés, les troubles nerveux fonctionnels et les « troubles nerveux psychopathiques » et les grands syndromes neurologiques.

En décrivant les principaux désordres nerveux, il s'applique à dégager ce qui constitue l'essentiel de leur aspect. Pour que leur notion descriptive soit plus vivante et plus claire, il indique pour chacun d'eux sa physiopathologie, son siège lésionnel et ses causes pathogènes les plus habituelles. Les procédés d'investigation directe des diverses fonctions nerveuses sont exposés de façon suffisamment détaillée pour que l'étudiant soit muni d'une technique sûre, indispensable à un examen clinique utile, en particulier en ce qui concerne l'exploration de la réflexivité et de la sensibilité.

Sous son faible volume, ce petit livre clair et précis renferme les notions indispensables et rendra les plus grands services aux débutants, souvent effrayés par les difficultés et la complexité des examens neurologiques.

René CHARPENTIER.

**Les migraines. Etude pathogénique, clinique et thérapeutique**, par PASTEUR VALLÉRY-RADOT et Jean HAMBURGER, avec la collaboration de P. BLAMOUTIER (1 vol. in-8°, 232 pages, Masson et C<sup>ie</sup>, édit., Paris 1935).

Le moment n'étant pas encore venu où il sera possible de grouper nos connaissances sur les migraines en un ensemble clinique et pathogénique définitif, MM. Pasteur Valléry-Radot et Jean Hamburger, après un court historique, décrivent successivement la migraine ophtalmique, la migraine simple, les migraines accompagnées parmi lesquelles les migraines psychiques (dysphrénie hémicranique transitoire de Mingazzini), les formes anormales de la migraine (migraines sans céphalée, migraines abdominales, migraines à évolution anormale), et les migraines des enfants, d'un diagnostic souvent plus difficile que celui de la migraine des adultes.

La difficulté d'établir la pathogénie de la migraine tient, en particulier, à ce que le processus échappe à toute exploration directe. La forme la plus riche en symptômes et la plus constante dans son évolution, la crise de migraine ophtalmique, est faite de la succession de deux ordres de phénomènes. Les premiers (troubles oculaires) sont expliqués assez aisément par un spasme vasculaire cérébral, sans que l'on puisse dire que ce vaso-spasme soit sous la dépendance d'une excitation du sympathique. Des seconds (céphalée, etc.), nous ignorons la pathogénie, de même que nous ignorons le mécanisme qui établit la liaison entre ces deux phases de l'accès. C'est dire combien il est difficile d'établir une pathogénie de la migraine simple, mécanisme probablement de même nature que celui de la phase douloureuse de la migraine ophtalmique. Il est possible que les phénomènes prémonitoires de vaso-constriction s'effectuent ici dans une zone muette.

L'étude des modifications humorales, de celles qui sont permanentes et de celles qui accompagnent la crise, montre qu'il s'agit d'une crise générale et non d'un trouble limité au cortex, mais apporte peu d'éléments capables d'éclairer l'étiologie des accès.

Les recherches cliniques donnent des renseignements plus nombreux. Les auteurs passent successivement en revue les facteurs étiologiques généraux : terrain (hérédité, glandes endocrines, troubles digestifs), causes déclenchant les crises (migraines anaphylactiques, menstruelles, par influences cosmiques, par émotions, etc.), et les facteurs étiologiques locaux (épines irritatives locales, myo-cellulite cervicale, migraines symptomatiques et migraines compliquées). Ils discutent les faits cliniques et les faits pathogéniques, qui ont fait rapprocher la migraine de l'épilepsie. Alors que M. Pagniez estime qu'il existe entre ces deux affections une parenté étroite, MM. Pasteur Valléry-Radot et Jean Hamburger sont d'avis que si la migraine et l'épilepsie font partie de la vaste classe morbide des « crises à déterminisme local » et sont toutes deux des « orages nerveux », il ne semble pas possible actuellement d'établir entre elles une parenté plus étroite. Ils rappellent également les cas d'association de la migraine, non seulement avec l'épilepsie, mais avec l'asthme, le coryza spasmodique, l'urticaire, les crises de tachycardie paroxystique, la tétanie, l'hémoglobinurie paroxystique, la maladie de Raynaud, la psychose mania-

que-dépressive (Tinel et Lamache), la névralgie faciale, les spasmes faciaux (Henry Meige), les crises acétonémiques chez l'enfant, le rhumatisme noueux, les dartres, la gravelle, l'obésité, le diabète, la goutte, etc.

Ce livre, très clair et très documenté, se termine par un exposé très complet des indications thérapeutiques : traitement de la crise, de résultats inconstants et dont les agents les plus récents sont l'acétylcholine et la rétropituitrine ; et traitement de fond de la migraine, qui varie suivant qu'il s'agit de migraines d'origine endocrinienne (opothérapie), de migraines digestives, de migraines biliaires (tubages duodénaux), de migraines anaphylactiques (traitements désensibilisants), ou de migraines de cause locale (cellulite cervicale, ou points douloureux névralgiques permanents), traitées par le massage et les agents physiques. Les auteurs exposent également les prescriptions générales hygiéno-diététiques, les médications protéiniques et cristalloïdiques, la thérapeutique de l'équilibre nerveux, et les diverses tentatives de traitement chirurgical de la migraine (intervention sur le sympathique cervical, sur le trijumeau, sur l'artère méningée moyenne, injections locales d'adrénaline).

René CHARPENTIER.

**Les hydrocéphalies aiguës et subaiguës d'origine optique, accidents méningés otogènes purement hypertensifs**, par le Dr Robert BOURGEOIS.  
1 vol. 178 pages, Masson et C<sup>ie</sup> édit., Paris 1935.

Cet important travail est consacré à l'étude des accidents hypertensifs qui surviennent au cours des otites, en rapport avec un œdème cérébro-méningé et où le liquide céphalo-rachidien est trouvé normal.

L'hydrocéphalie otitique (variété de l'ancienne méningite séreuse) est ainsi une complication survenant au cours d'une otite et caractérisée par des accidents d'hypertension intra-cranienne, le plus souvent aigus, avec généralement stase papillaire, dus à un œdème cérébro-méningé, qui détermine une accumulation localisée ou diffuse du liquide céphalo-rachidien sous tension. Elle présente trois formes essentielles, externe corticale diffuse, interne ou enkystée ventriculaire, localisée à la fosse postérieure avec possibilité de productions kystiques de la loge cérébelleuse (hydrocéphalies cloisonnées de la loge postérieure), et guérit par des moyens qui se résument à l'évacuation de ce liquide hypertendu.

La ponction lombaire donne des renseignements de première importance au point de vue du diagnostic : le liquide céphalo-rachidien est normal, sans leucocytose ni albuminose ; il paraît même parfois comme dilué. On élimine ainsi facilement l'abcès cérébral. La méningite septique aiguë sera de même écartée, soit d'emblée, soit après examen albumino-cytologique et culture du liquide. Plus difficile est le diagnostic différentiel des tumeurs cérébrales avec les formes lentes et subaiguës des hydrocéphalies otitiques, et tout particulièrement avec les arachnoïdites kystiques de la fosse postérieure.

Si la ponction lombaire se révèle insuffisante comme moyen thérapeutique, la trépanation s'impose d'urgence, soit par la voie mastoïdienne avec ponction de la dure-mère cérébelleuse s'il existe des symptômes cliniques cérébelleux, soit par la voie temporale avec incision de la dure-mère (opération de Henri Bourgeois) et ponction ventriculaire s'il s'agit d'une hydrocéphalie interne.

R. DUPOUY.

**Du syndrome d'Adie, de son diagnostic et des problèmes étiologiques qu'il pose**, par le Dr Jean CURVEILLÉ (1 brochure in-8°, 78 pages, Bosc frères, M. et L. Rion édit., *Thèse Lyon*, 1935).

Ce travail, fait sous la direction de M. le Professeur Pommé, dans lequel il rappelle 17 observations antérieurement publiées et donne une importante bibliographie, est consacré par M. Jean Curveillé au syndrome décrit par W.-J. Adie en 1932, affection bénigne, non syphilitique, mais dont l'étiologie est mal connue. Caractérisé par des troubles pupillaires et des troubles de la réfectivité ostéo-tendineuse, ce syndrome, conclut M. J. Curveillé, présente le double intérêt : du point de vue séméiologique, de remettre indirectement en valeur la description si précise d'Argyll-Robertson ; du point de vue clinique et thérapeutique, d'attirer l'attention sur des syndromes dont la symptomatologie non rigoureusement interprétée pourrait être l'origine de lourdes erreurs.

Aussi le diagnostic différentiel de ce syndrome doit-il être fait soigneusement et en deux temps : d'une part, entre la pupille dite tonique, d'Adie, et une pupille présentant le signe d'Argyll-Robertson ou une pupille bradykinétique (encéphalite épidémique) ; d'autre part, entre le syndrome d'Adie et les affections présentant quelques analogies symptomatiques comme le tabès.

R. C.

## **BIOLOGIE**

**Des réflexes conditionnels. Etude de physiologie normale et pathologique**, par G. MARINESCO et A. KREINDLER. *Préface* du Professeur G. DUMAS. 1 vol. in-8°, 171 pages, 10 planches hors texte. Félix Alcan, éditeur. Paris, 1935.

Les réflexes conditionnels, découverts et étudiés par Pavlow, offrent de l'avis unanime une méthode des plus précises pour étudier l'activité du cortex cérébral et pénétrer expérimentalement la psychologie normale et pathologique. Mais cette méthode est hérissée de difficultés. La méthode associativo-motrice de Bechterew, beaucoup plus pratique d'application et d'usage, permet aussi de saisir sur l'homme les plus fines manifestations d'activité cérébrale puisque fixation, disparition, action des phénomènes d'inhibition externe, d'inhibition interne avec ses différentes formes (l'extinction du réflexe conditionnel, l'inhibition conditionnée, le processus de différenciation, l'inhibition vestigiale, les phénomènes de retardement) ainsi que tous les phénomènes si curieux d'irradiation statique et dynamique, de concentration, de désinhibition, d'induction, et les réflexes conditionnels de 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> ordres, s'extériorisent pareillement avec l'une et l'autre méthode : le Professeur Marinesco et le Dr Kreindler l'établissent. La méthode associativo-motrice consiste à inscrire un réflexe de défense, inné, provoqué par une excitation électrique douloureuse, et à associer à l'excitation sensible une excitation sensorielle déterminée (son d'un métronome, excitation lumineuse). Après un certain nombre d'essais, variables selon les individus, l'excitation sensorielle seule (excitant conditionnel) produit la réaction de défense : un réflexe conditionnel a été établi.

Dans la première partie de cet ouvrage, les chapitres traitant de : consi-



dérations générales sur les problèmes de la relation entre l'histologie des centres nerveux et la création de connexions fonctionnelles entre eux — la base structurale du behaviorisme — chronaxie et développement des réflexes conditionnels — le principe de l'attraction du centre avec la plus intense activité — soulignent l'importance théorique de l'étude des réflexes conditionnels pour bien connaître les lois de la dynamique du cortex cérébral et les expliquer en fonction de la structure morphologique du cerveau. La seconde et la troisième partie font pénétrer le lecteur dans la pratique de la réflexologie conditionnelle sur l'homme normal et pathologique, à différents âges de sa vie. Chez l'enfant, la méthode permet d'apprécier la maturité fonctionnelle du cortex et ses anomalies, de saisir le moment où une action éducative déterminée possède les meilleures chances de produire un rendement maximum et de choisir les moyens éducatifs les plus appropriés aux capacités de l'enfant.

Les constatations que les différenciations grossières se fixent plus facilement à cet âge que les différenciations délicates, que les inhibitions trop intenses qui portent en elles des germes de réactions morbides, nuisent comme nuit à l'enfant de trop faciliter sa tâche, conduisent à proposer aux pédagogues quelques conseils et à ouvrir la voie au contrôle et à la révision des principes de la pédagogie. Chez l'homme adulte, les auteurs ont innové en complétant l'exploration du cortex cérébral par l'étude pléthysmographique de réflexes associativo-vaso-moteurs, permettant d'apprécier l'activité des centres sous-corticaux végétatifs. Chez 26 sujets classés suivant les types de Kretschmer, les auteurs ont pu établir une certaine relation entre le pouvoir de fixation et d'inhibition des réflexes conditionnels et les constitutions. Chez le vieillard, cette méthode permet de saisir les plus fines modifications du dynamisme cérébral et de donner une explication physio-pathologique à sa psychologie si spéciale. Quant aux services que cette méthode rendra à l'avenir dans l'étude de la psychopathologie, elle paraîtra prodigieuse à qui méditera les premières constatations faites par les auteurs sur le dynamisme cérébral des déments paralytiques et des déments précoces, dont la paranoïa, l'épilepsie, les névroses et les troubles du langage. Des recherches qu'ils ont poursuivies, plus spécialement sur l'hystérie, les auteurs ont bâti des hypothèses sur la pathogénie de cette névrose ; ils ont aussi émis des aperçus originaux sur les mécanismes de l'aphasie et du bégaiement.

Que le Professeur Marinesco et le Dr Kreindler soient remerciés d'avoir fait paraître un ouvrage qui est une véritable introduction à la psychologie expérimentale normale et pathologique ; ils auront contribué à acclimater dans la pratique clinique une méthode d'avenir, précise et simple, dont l'immense mérite est d'insérer avec toute la rigueur scientifique désirable, des phénomènes que l'on pouvait craindre insaisissables par essence.

P. COMBEMALE.

**Contribution à l'étude des conditions biologiques de certains troubles mentaux**, par le Dr Pierre DOUSSINET, interne des Asiles de la Seine. *Thèse Paris 1934*, 122 pages, Jouve et C<sup>ie</sup> édit.

Les relations des processus toxiques ou infectieux avec les troubles psychopathiques sont très diverses : rapports de causalité, facteurs d'aggravation, ou au contraire agents thérapeutiques conduisant à l'amélioration

ou à la guérison ; d'autres fois encore, l'on constate un « balancement » entre certains accidents infectieux (tuberculose par exemple) et certains épisodes mentaux (accès de dépression ou d'excitation). Ce sont là faits d'observation courante qui montrent tout l'intérêt de l'étude biologique des syndromes psychiatriques.

Le côté le plus pratique de cette question est l'importance du traitement des affections mentales par des agents toxiques ou infectieux, pyrétothérapiques. L'auteur s'est surtout intéressé à l'action réactionnelle des drogues végétatives et du sérum humain et à la pyrétothérapie soufrée. Ses recherches sur les déficits viscéraux de nature humorale le conduisent à interpréter ceux-ci comme étant le produit d'une sorte d'aptitude réactionnelle de l'organisme, s'opposant à l'aptitude réactionnelle anti-infectieuse des organes normaux, présentant avec celle-ci des rapports d'alternance qui correspondent assez exactement à la succession clinique des rémissions et des rechutes mentales, et pouvant être considérée comme l'expression d'un état spécial d'allergie.

L'emploi de doses infinitésimales de soufre montre la sensibilité de l'organisme à des variations de dose de l'ordre du centième de milligramme, confirmant ainsi la notion des propriétés anti-anaphylactiques, anti-allergiques de cette médication, dont le maniement demande à être parfaitement connu.

R. DUPOUY.

## ENDOCRINOLOGIE

**Endocrinologie**, par le Dr Noël FIESSINGER, Médecin de l'Hôpital Ambroise-Paré (1 vol. in-12, 152 pages, in *Collection des Initiations médicales* publiée sous la direction du Dr A. SEZÁRY, Masson et C<sup>ie</sup> édit., Paris 1935).

Simple et clair, sans cesser d'être vrai et prudent dans un domaine où la prudence est de règle mais parfois oubliée, le petit livre de M. Noël Fiessinger rendra les plus grands services aux étudiants, dont ce sera le premier contact avec le vaste champ de l'Endocrinologie. Le limitant aux seules glandes endocrines dont nous connaissons une ou des hormones, l'auteur y étudie l'endocrinologie glandulaire dans une orientation médicale et clinique, en réduisant au strict minimum l'étude expérimentale et physiologique.

Passant d'abord successivement en revue le mode de classification et de groupement des fonctions endocriniennes, il rappelle les éléments indispensables d'histologie et de physiologie des glandes endocrines et leurs déviations pathologiques. Il montre comment doit se faire l'examen d'un endocrinien : examen clinique, explorations fonctionnelles (méthodes monoglandulaires et méthodes pluriglandulaires).

En des exposés très didactiques, M. Noël Fiessinger groupe ensuite les syndromes cliniques monoglandulaires par diminution ou par exaltation de la fonction, les insuffisances endocriniennes par entraînement sous l'influence d'un trouble métabolique, les syndromes pluriglandulaires de la première enfance, de la croissance, de l'âge adulte, si bien mis en évidence par Claude et Gougerot, Claude et Baudouin, et les insuffisances glandulaires frustes monoglandulaires et pluriglandulaires.

La thérapeutique doit s'orienter vers deux buts : soit la thérapeutique de

suppléance, soit la thérapeutique de freinage. La thérapeutique de suppléance se fait, soit en utilisant les « masses », soit en utilisant l'extraction hormonale. Cette thérapeutique doit être suffisante et soutenue et, tout en faisant la part des polyopothérapies, M. Noël Fiessinger s'élève contre la mode « détestable » qui consiste à mélanger en des cachets des extraits de toutes les glandes endocrines. La thérapeutique de freinage est celle qui se pratique par les humeurs, par la radiothérapie ou par l'exérèse.

En terminant ce petit livre, si facile à consulter et qui rendra tant de services aux étudiants et à bien des praticiens, M. Noël Fiessinger insiste sur la nécessité trop souvent méconnue des applications précises et de la surveillance numérique, après une analyse méthodique des signes morbides.

René CHARPENTIER.

## HYGIENE ET PROPHYLAXIE

**Médecine et Education.** *Deuxième série*, par M. PÉHU, G. MOURIQUAND, J. FROMENT, P. MAZEL, A. FEYEUX, A. JOUVE, A. MESTRALLET, R.-P. JACQUET et René BIOT (1 vol., in-8°, 242 pages, in *Editions du Groupe Lyonnais d'Etudes médicales, philosophiques et biologiques*, Librairie Lavandier, Lyon, 1935).

Poursuivant le but qu'il s'est assigné d'apporter la contribution des médecins à l'étude des grands problèmes psychologiques, moraux, sociaux, religieux, le Groupe Lyonnais d'études médicales, philosophiques et biologiques publie une seconde série de conférences sur la collaboration du médecin à l'œuvre de l'éducateur (1).

Dans ce deuxième volume, on trouvera, après une étude de M. André Jouve, sur la part capitale de l'hérédité et de l'éducation dans la formation du moi, un remarquable exposé par M. le Professeur Jules Froment, de l'acquisition de la maîtrise du langage par l'enfant, exposé dans lequel il fait bien comprendre aux éducateurs comment et pourquoi la fonction verbale est la pierre angulaire, la clef de voûte de l'intelligence humaine. Toute perturbation de la fonction verbale retentit à son tour sur le fonctionnement de l'intelligence. Et un retard du langage, non éduqué à temps, peut accentuer les troubles intellectuels qui sont à sa base. L'importance de ces retards du langage, arrêts à l'une des étapes d'acquisition du langage normal, leurs variétés, ce que doit être leur rééducation, c'est ce que montre bien M<sup>d</sup>. le D<sup>r</sup> Andrée Feyeux, tout en signalant que si les résultats immédiats sont rarement très brillants, les résultats définitifs sont fonction du degré d'intelligence du sujet.

Le Professeur G. Mouriquand étudie les troubles des principales glandes endocrines, dont le développement et le fonctionnement interviennent dans une large mesure dans le développement et le fonctionnement du système nerveux, allant des grands déséquilibres, qui relèvent à peu près uniquement du médecin, aux déséquilibres atténués ou partiels qui, en apparence, intéressent surtout l'éducateur. Il montre comment par un traitement général associé à l'opothérapie, le médecin peut aider l'éducateur en agissant sur l'équilibre endocrinien et, par lui, sur l'équilibre nerveux.

Le D<sup>r</sup> Maurice Pehu traite de ce grand problème de l'attention scolaire, auquel éducateurs et parents accordent assez peu souvent l'importance

(1) Voir *Ann. Méd.-Psych.*, octobre 1934, p. 453.

considérable qu'il mérite. Il énumère les maladies qui gênent l'attention, en indique le traitement et conclut à son tour à la nécessité d'une étroite collaboration des psychologues, des pédagogues et des médecins.

Après avoir exposé les causes et les symptômes avant-coureurs des psychoses infantiles, le *D<sup>r</sup> André Mestrallet* conclut que bien des troubles psychiques de l'enfance sont dus, partiellement ou intégralement, à des erreurs éducatives, à des maladresses, à des incompréhensions des parents ou des éducateurs.

Le *D<sup>r</sup> René Biot* expose la délicate question des problèmes médicaux et psychologiques de l'éducation des filles, constatant d'abord que l'être à éduquer est une femme et que le rôle de l'éducateur consiste à la préparer à remplir demain un rôle de femme. Il relève les caractéristiques féminines constantes, les fins spirituelles, biologiques, psychologiques, et dégage les règles pratiques qui, selon lui, devraient en découler (règles d'hygiène, discipline intellectuelle, éducation morale). Nulle tâche, ajoute-t-il, n'est plus grande que d'éduquer cette éducatrice née.

S'il est une question à l'ordre du jour, c'est bien celle de l'orientation professionnelle dont le *professeur agrégé Pierre Mazel* indique toute la complexité. Il montre que l'orientation de l'apprenti a pour bases la connaissance des aptitudes et des inaptitudes physiques et psychologiques du sujet et la connaissance du marché du travail. La recherche des inaptitudes physiques, la recherche des états pathologiques susceptibles de faire obstacle à l'exercice d'une profession, la recherche aussi des tares mentales, absolues ou relatives, posent des problèmes délicats de diagnostic et de pronostic que seul un médecin peut mener à bien. Mais pour donner les résultats escomptés, l'œuvre d'orientation nécessite la collaboration confiante des parents, des éducateurs, des instituteurs, du médecin et du conseiller d'orientation. Et loin de demander — comme certains — que les conclusions de l'examen comportent un caractère obligatoire, M. Pierre Mazel estime que le rôle du conseil d'orientation devrait être d'éclairer les parents, tous les parents, en les astreignant à prendre un avis qualifié, mais en laissant à cet avis le caractère d'un conseil que les intéressés pourraient librement ou suivre ou rejeter.

En conclusion, de ces études dont mieux que cette brève analyse les titres et les noms des auteurs, disent assez le grand intérêt, le *R.P. Simon Jacquet* établit l'esquisse d'un plan d'éducation intégrale. Du point de vue de la collaboration nécessaire entre l'éducateur et l'enfant, il s'attache à dégager les principes qui doivent guider pour cultiver l'intelligence de l'enfant, former sa volonté et assurer son éducation religieuse en l'habituant à tout envisager en fonction des enseignements de l'Évangile.

René CHARPENTIER.

## THÉRAPEUTIQUE

**L'hyposulfite de magnésium en thérapeutique psychiatrique**, par Maurice CAPPELLE, une brochure in-8°, 94 pages. Imprimerie Léon Sezanne, Lyon, thèse n° 53, Lille, 1935.

Après avoir situé le magnésium dans le monde vivant, son rôle général en biologie, sa pharmacodynamie, l'auteur étudie le retentissement de l'action de l'hyposulfite de magnésium sur les grandes fonctions de l'organisme

et les modifications objectives et subjectives produites par l'introduction de ce corps chimique dans le sang. Il donne ensuite les résultats de l'application thérapeutique, commercialisée sous le nom d'Emgé Lumière, de ce produit dans différentes affections mentales. Il montre que l'hyposulfite de magnésium tient sa place dans l'arsenal psychiatrique ; que dans l'anxiété, à la dose moyenne de 10 cc. par jour, d'une solution à 10 % injectée dans les veines, l'hyposulfite de magnésium produit fréquemment une sédation très nette de tous les symptômes physiques et psychiques et que son action sédative est souvent supérieure aux effets qu'on obtient avec les opiacés ; que dans les états mélancoliques francs, l'hyposulfite de magnésium donne des résultats encourageants si les injections intra-veineuses sont répétées journallement pendant un temps suffisamment long — plusieurs semaines en général ; qu'enfin les accès maniaques de la psychose maniaque dépressive sont souvent heureusement combattus à la condition d'injecter journallement au moins 20 cc. : ces doses sont sans inconvénient.

P. COMBEMALE.

**Essai sur la pharmacologie et l'emploi thérapeutique des sels de strontium, en particulier de l'iodure**, par le Dr Jean GOUJON (1 brochure in-8°, 78, pages, Bosc frères M. et L. Rion édit., Thèse Lyon 1945).

Dans cette intéressante thèse, qui résume les importants travaux des Professeurs Mouriquand, Leulier et Pommé sur le rôle et la fixation du strontium dans l'organisme, on trouvera l'étude pharmacologique du strontium et ses indications thérapeutiques. Parfaitement toléré, l'iodure de strontium peut être administré pendant longtemps. Si les sels de strontium ont, en général, un pouvoir décalcifiant, l'action spéciale de l'iodure de strontium peut être expliquée en partie par cette propriété, mais aussi par l'action vaso-dilatatrice et hyperémiant de l'iode. Cette action de l'iodure de strontium ne se révèle qu'après une administration assez prolongée du médicament, deux ou trois mois environ.

Dans le rhumatisme chronique vertébral, à forme ankylosante, on obtient par ce moyen la sédation des douleurs et, en partie, le retour de l'activité fonctionnelle. M. Jean Goujon rapporte quatre observations de malades traités au Service de neuro-psychiatrie de l'Hôpital Desgenettes et donne une très utile bibliographie.

R. C.

## JOURNAUX ET REVUES

### MÉDECINE LÉGALE

**De la légalité des peines**, par J. CONSTANT ; (*Revue de Droit pénal et de Criminologie*, 15<sup>e</sup> année, n° 5, mai 1935).

L'adage *Nullum crimen, nulla poena sine lege* a longtemps été considéré comme l'un des principes les plus intangibles du droit pénal moderne, mais depuis les réformes adoptées par le législateur soviétique et celles propo-



sées récemment par le gouvernement du troisième Reich allemand, il fait l'objet d'attaques violentes.

Ce principe constitue à la fois une impérieuse nécessité logique (avertissement donné au citoyen pour lui faire connaître le catalogue des actes considérés comme antisociaux et partant punissables) et une fort heureuse mesure préventive (menace précise d'une sanction déterminée qui fera réfléchir l'individu et pourra le retenir sur la pente du crime).

S'il permet parfois à des délinquants habiles de côtoyer les marges du Code et de nuire à la Société sans encourir une sanction répressive, cet état de choses est uniquement imputable au législateur, et c'est à ce dernier qu'il incombe de remédier aux lacunes des textes répressifs. Le principe *nullum crimen sine lege* peut parfaitement coïncider avec les mesures de sûreté nécessaires pour assurer la défense de la société contre les délinquants d'habitude et les récidivistes dangereux.

Il n'est pas souhaitable qu'un droit prétorien s'instaure en matière pénale, car il ne serait qu'un retour, peut-être inconscient, à l'arbitraire des peines, si dangereux pour la liberté individuelle.

LAUZIER.

**Le Droit pénal allemand.** (*Revue de Droit pénal et de Criminologie*, 15<sup>e</sup> année, n° 5, mai 1935).

La *Revue de Droit pénal* reproduit, à titre d'information, les indications suivantes fort intéressantes. La Commission de réforme du droit pénal allemand, instituée par le Ministre de la Justice, vient de déposer son rapport sur la réforme de la « partie spéciale » du Code pénal. Cette partie spéciale qui énumère les délits et les peines introduit dans le Droit de nombreux actes délictueux nouveaux qui dérivent des notions politiques et sociales du national-socialisme.

Déjà la partie générale indiquait par ses tendances une réforme radicale des conceptions régnantes en matière de droit pénal. C'est ainsi que l'ancien principe *nulla poena sine lege* est abandonné. La peine peut être appliquée par analogie, même si le délit n'est pas formellement énoncé dans le Code. Le juge peut, en ce cas, lui appliquer la peine prévue pour un délit analogue, en se guidant sur « l'ordre moral du peuple » inspiré d'une conception saine. Les deux principes directeurs du Code pénal sont la protection du peuple et l'expiation de l'injustice.

Les délits ne sont plus étroitement définis. Leur appréciation est inspirée d'éléments généraux de caractère moral. On cite par exemple ceux-ci : l'indignation justifiée, la discussion provocante, l'abjection particulière. Certains délits auront d'ailleurs un caractère purement moral, comme l'insulte au passé de l'Allemagne, l'atteinte à l'instinct de procréation, les menaces à la puissance du travail. Les peines jusqu'à présent de 56 catégories différentes, seront réduites à dix groupes, dont les limites sont naturellement élargies. La notion de « circonstances atténuantes » disparaît.

En un mot, dans le nouveau Code pénal allemand, le pouvoir d'appréciation du juge est beaucoup plus étendu et les normes de son jugement sont moins juridiquement définies et plus inspirées de considérations morales et sociales.

LAUZIER.

**Le problème du Tribunal des Enfants**, par P. DE NEMETH (*Arxius de psicologia i psiquiatria infantil*, Barcelone, 1935, n° 9).

Un tribunal d'enfants ne peut être parfait s'il ne s'occupe que des mineurs qui ont commis un délit. Ce qui est capital dans la protection de l'enfance, c'est la prévention, et par l'application de ce principe, la compétence du juge des enfants doit s'étendre à la sphère des enfants exposés au danger moral. On devrait autoriser le juge des enfants à procéder contre les parents, les tuteurs, les patrons qui ont commis un délit contre la personne ou sur la personne de leurs pupilles, qui usent de mauvais traitements envers eux ou qui les exposent, par négligence, à un danger moral. La loi la plus parfaite est celle qui donne au juge des enfants les pouvoirs les plus larges, lui permettant le choix parmi les mesures, des plus modérées aux plus énergiques.

Les enfants de parents divorcés sont beaucoup plus exposés au danger moral que les mineurs dont les parents vivent en bonne intelligence. Aussi l'auteur propose d'étendre la compétence du tribunal des enfants aux affaires de divorce, car le sort de l'enfant est étroitement lié à l'événement, aussi bien en ce qui touche son développement moral et intellectuel que son avenir matériel. L'action préventive doit être l'idée dominante dans le souci de la protection de l'enfance.

LAUZIER.

**Névrose et criminalité.** (*Neurose und Kriminalität*), par M. MÜLLER, Münsingen. *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, XXXVI, 1, 1935.

La névrose est-elle capable, à elle seule, d'engendrer l'activité délinquante ou criminelle, chez un sujet au développement éthique normal ? On pourrait supposer entre le symptôme névrotique et le délit névrotique une simple différence quantitative, tout se réduisant à une question de seuil, c'est-à-dire l'acte délictueux se produisant, lorsque les manifestations obsessionnelles et impulsives atteignent une intensité suffisante pour vaincre les instances de contrôle du moi, normalisantes, défensives, inhibitrices. Cette hypothèse n'est guère satisfaisante. On peut penser aussi à un affaiblissement de ces instances du moi, or c'est au contraire leur exagération qui caractérise le moi névrotique. Elles peuvent fléchir passagèrement, mais ce fléchissement n'est point, alors, la conséquence directe de la névrose, mais il est dû à l'intervention de facteurs hétérogènes. Deux exemples illustrent cette manière de voir. Dans le premier, il s'agit de vols répétés, commis toujours la veille de l'apparition des règles, et apparaissant nettement comme des actes de compensation érotique. Dans l'autre, il s'agit d'un cambriolage nocturne de vitrine de magasin ; l'état névrotique est manifeste, le délit apparaît comme la satisfaction du sentiment de culpabilité, mais il n'a été possible qu'à la faveur d'un état crépusculaire intense, provoqué par une période de surmenage intellectuel et physique.

E. BAUER.

# VARIÉTÉS

---

## SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

### Séances.

La *séance ordinaire* du mois d'AVRIL de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 27 avril 1936*, à 4 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI<sup>e</sup> arrondissement). La Société Médico-psychologique ne tiendra au mois d'avril qu'une seule séance.

La *séance supplémentaire* du mois de MAI de la Société Médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *jeudi 14 mai 1936*, à 9 heures 30 *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV<sup>e</sup> arrondissement), dans l'Amphithéâtre du Pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de MAI de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 25 mai 1936*, à 4 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI<sup>e</sup> arrondissement).

Le *diner annuel* de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 25 mai 1936* après la séance de la Société.

## ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS

### Nominations.

M. le D<sup>r</sup> NOYER est nommé Médecin-Directeur de l'Asile public d'aliénés de Mont-de-Marsan (Landes) ;

M. le D<sup>r</sup> BOBÉ est nommé Médecin-Directeur de l'Asile de Vauclaire (Dordogne) ;

M. le D<sup>r</sup> DAGAND est nommé Médecin-Chef à l'Asile privé faisant fonction d'Asile public d'aliénés de Limoux (Aude).

### Poste vacant.

*Est déclaré vacant :*

un poste de Médecin-Chef à l'Asile public d'aliénés de Naugcat, à Limoges (Haute-Vienne).

## HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

### Prochaine création à Nantes d'un établissement d'éducation de jeunes filles anormales ou arriérées.

Le Conseil général, estimant que la récente création à la Papotière d'un établissement d'éducation pour garçons arriérés ou anormaux avait donné des résultats appréciables, a envisagé la création d'un établissement similaire à l'usage des jeunes filles arriérées ou anormales, qui sont actuellement au nombre d'environ deux cent dix dans le département de la Loire-Inférieure.

Dans ce but, la Commission départementale est entrée en pourparlers avec l'œuvre des sœurs missionnaires de Notre-Dame des Apôtres et s'occupe activement de réaliser l'acquisition de la propriété à aménager en vue de cette création.

(*Le Siècle Médical*, 15 mars 1936).

## RÉUNIONS ET CONGRÈS

### IX<sup>e</sup> Conférence des psychanalystes de langue française.

La IX<sup>e</sup> Conférence des psychanalystes de langue française se tiendra à Nyon (Suisse), les 10 et 11 avril 1936 sous la présidence de M. le Dr R. DE SAUSSURE.

### 92<sup>e</sup> réunion annuelle de l'American Psychiatric Association.

La 92<sup>e</sup> Réunion annuelle de l'American Psychiatric Association aura lieu à Saint-Louis (Mo), du 4 au 8 mai 1936, sous la présidence de M. le Professeur C. MACFIE CAMPBELL, de Boston (Mass.).

Le Secrétaire-Trésorier est le Dr WILLIAM C. SANDY, d'Harrisburg (Pa). Les séances auront lieu au New Hôtel Jefferson, à Saint-Louis (Mo).

### XI<sup>e</sup> Congrès International de Psychologie.

Le XI<sup>e</sup> Congrès International de Psychologie se tiendra à Madrid, du 6 au 12 septembre 1936, sous le Haut Patronage du Gouvernement de la République, et sous la présidence du Professeur Ed. MIRA, de Barcelone. Le Secrétaire général est le Dr José GERMAIN, de Madrid. Les langues officielles du Congrès seront : l'allemand, l'anglais, l'espagnol, le français, l'italien.

Le bureau du Congrès est installé à l'Instituto Nacional de Psicotecnica, Alberto Aguilera, 25, à Madrid.

### VIII<sup>e</sup> Cours International de Haute Culture Médicale (Fondation Tomarkin.

Le VIII<sup>e</sup> Cours International de Haute Culture Médicale, organisé par L. W. TOMARKIN, sous les auspices de l'Université d'Athènes et du Ministère de l'Hygiène de Grèce, aura lieu à Athènes, du 7 au 21 septembre 1936.

Ce cours présentera un intérêt autant archéologique que médical. D'éminents archéologues français, grecs, anglais, guideront, en effet, les auditeurs à Athènes, Delphes, Corfou, Mycène, Sparte, en Crète, etc.

Secrétaire général : M. L. W. TOMARKIN, Faculté de Médecine, 115, bd de Waterloo, à Bruxelles.

---

*Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.*

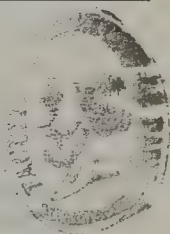
---

# ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

---

## MÉMOIRES ORIGINAUX

---



### LE SYNDROME D'ADIE EN PATHOLOGIE MENTALE

*Ses rapports avec les syndromes neuro et psycho-anémiques* ✓

PAR

GEORGES PETIT et JACQUES DELMOND

#### I. — LE SYNDROME

En 1932, William-John Adie, de Londres (1), fit paraître un mémoire intitulé : « Tonic pupils and absent tendon reflexes : a benign disorder *sui generis* ; its complete and incomplete forms » (27). Ce travail comprenait une étude de 44 cas puisés dans la littérature et l'analyse de 19 observations personnelles. Le sujet était d'un particulier intérêt pour Adie. Ses premiers travaux, en collaboration avec Collier et Greenfield, avaient porté sur les dystrophies myotoniques et les diverses myopathies. Dans ces affections, un symptôme essentiel et souvent initial consiste en une aréflexie tendineuse. Par la suite, Adie fut amené à s'occuper de la pupille tonique (myotonische Pupille, de Saenger).

(1) Le Dr W. J. Adie, médecin du Green Square Hospital, est mort le 17 mars 1935.



Il retrouva, dans des observations de Nonne, Marcus, Behr, etc., s'échelonnant depuis 1902, des cas s'apparentant à ses observations et dans lesquels la pupille tonique, apparemment insensible à la lumière, se trouvait associée à des aréflexies tendineuses, en général des membres inférieurs ; dans tous ces cas, la syphilis ne pouvait être mise en cause.

Cette association était déjà fort remarquable. Un problème de diagnostic en découlait immédiatement, avec des conséquences thérapeutiques et sociales importantes au premier chef. D'autre part, le problème pathogénique n'était pas moins intéressant. L'aréflexie tendineuse (ou irréflexivité, selon Babinski), s'observe de façon transitoire ou durable, soit à l'état isolé (sans autres manifestations associées que quelques troubles végétatifs), soit encore dans des affections comme les myotonies, la narcolepsie encéphalitique, la paralysie périodique, les myasthénies graves, etc... « Dans la plupart de ces affections — écrivait W.-J. Adie — il existe des symptômes oculaires. Il y a peu de doute — ajoutait-il — qu'elles ne présentent entre elles des relations plus ou moins étroites. » Ces considérations le portèrent à donner valeur de syndrome à l'association : « *pupilles toniques* » — *aréflexie tendineuse* — *absence de syphilis*.

Adie décrivit, en outre, comme « *formes incomplètes* » du syndrome : a) *la pupille tonique à l'état isolé* ; b) *les formes atypiques de pupilles toniques* ; c) *ces mêmes formes atypiques avec aréflexie tendineuse* ; d) *l'aréflexie tendineuse isolée*. Pour Subirana (70), ce dernier groupe serait le moins solidement établi ; mais nous avons indiqué pourquoi les faits avaient été réunis de la sorte. Il se peut qu'il n'y ait là qu'un groupement d'attente, que l'on opposerait, par exemple, à l'association analogue observée dans le tabès. A l'intérieur de ce syndrome et de ses formes incomplètes, se trouveront confrontés des faits peut-être disparates. Mais ces faits conduiront à des recherches cliniques nouvelles. La pupillotonie en particulier n'était guère connue que des ophtalmologistes. Elle doit être à présent couramment distinguée du signe d'Argyll-Robertson, et son identification porte à réviser la symptomatologie des autres pupilles anormales.

De plus, l'étude de ces faits conduit également à des recherches pathogéniques et étiologiques nouvelles. La syphilis semble bien étrangère à leur déterminisme. Certaines aréflexies tendineuses restaient mystérieuses ; elles le demeurent, en l'espèce. Mais déjà peuvent s'observer, associés à ce syndrome, des troubles végétatifs variés. Jusqu'à présent, toutefois, en dehors de ce déséquilibre neuro-végétatif, on n'avait guère décrit de symptômes

associés, notamment de signes d'atteinte du système nerveux. B. Brouwer (36), Gaudissart (40), Subirana, de Busscher (37) penchent en faveur de l'opinion d'Adie et de ses devanciers qui considéraient le syndrome comme « *a benign disorder* ». Cependant, de nombreuses observations, rapportées avant ou après les travaux de notre auteur, ou tout à fait indépendamment de ces travaux, plaident en faveur d'infections ou d'intoxications latentes.

L'objet de notre travail est précisément de montrer que le syndrome d'Adie peut s'observer en dehors des consultations d'ophtalmologie ou de trouvailles fortuites. Une cause infectieuse peut être invoquée dans de nombreux cas. Des symptômes infundibulo-tubériens, des troubles mentaux ont été notés plusieurs fois. Nous-mêmes avons vu deux fois le syndrome d'Adie accompagner des troubles psycho-anémiques (62, 63) et nous avons pu rapprocher ces observations de cas analogues observés au cours de psychopathies infectieuses. Les formes incomplètes sont encore plus fréquentes en psychiatrie. Nous montrerons quelle nous paraît être leur signification, après avoir rappelé les connaissances acquises sur la pupille tonique et sur les aréflexies tendineuses.

## II. — LA PUPILLOTONIE

Ainsi nommée par Behr (33), la *pupillotonie* est encore désignée sous les noms de *bradycorie* (Donath), de *pupille tonique* ou *myotonique*, de *réaction neurotonique* à la convergence, de « *faux-Argyll* », etc. La pupillotonie aurait été décrite, sous une forme atypique, par Piltz, en 1893. Strassburger (69) l'observe en 1902. Mais ce furent Saenger (67) et Nonne (59) qui, la même année, la décrivent sous sa forme clinique la plus habituelle, qui se manifeste avec les modalités suivantes : la pupille est immobile à la lumière, mais se dilate lentement à l'obscurité et reprend alors sa contractilité sous un fort éclairage. Le fait le plus caractéristique est l'hésitation, la lenteur et l'ampleur excessive de la contraction à l'accommodation-convergence, suivies d'une nouvelle hésitation, puis du retour très lent à la dimension normale. (Dans le « type Strassburger », ce retour est rapide et la lenteur des mouvements diminue par la répétition des stimuli).

L'évolution montre la particulière variabilité de ces symptômes, leur perpétuel devenir.

Chez un malade observé par Markus (54) en 1906, les troubles

sont sensiblement différents en 1933 (Weber, 72). Un malade de Foster-Moore (56) présentait, dès l'âge de six mois, une inégalité pupillaire manifeste; à cinq ans, la pupille la plus grande était typiquement « tonique ». C'est le cas le plus précoce qui ait été rapporté.

Beaucoup de sujets ont présenté d'abord des troubles visuels dus à l'accommodation lente, entre 20 et 30 ans.

Chez une femme de 38 ans (cas de Bramwell et Sinclair (34), avec bilatéralité des troubles pupillaires), on n'avait noté, 12 ans auparavant, aucun symptôme oculaire lors d'un examen effectué par Mackay.

Dans un cas de Wilbrand et Saenger (73), chez un enfant de 13 ans, l'anomalie disparut au bout de quelques semaines.

Dans le cas III de Behr, les troubles caractéristiques débutèrent par la pupille gauche, puis la pupille droite fut atteinte. De même, dans une observation de Nielsen et Stegman (58), la pupille droite se montre tonique en 1921, la gauche le devient en 1923; en 1926, il y a presque ophtalmoplégie interne à droite, convergence tonique à gauche. Dans le cas II de Hassin et Thompson (43), il y avait anisocorie depuis l'âge de 6 ans; à 30 ans, on notait une pupillotonie atypique (la pupille anormale était la plus petite).

Dans nos propres observations, les réactions pupillaires se sont améliorées; nous ne saurions prévoir comment elles se manifesteront à des examens ultérieurs.

DIAGNOSTIC. — 1° Nous donnons, dans le tableau ci-contre, les caractères différentiels de la pupille tonique avec le *signe d'Argyll-Robertson*.

Nous rappellerons qu'Argyll-Robertson étudiait le miosis <sup>(1)</sup> dans ses rapports avec les affections médullaires. Mais l'ensemble des particularités pupillaires qui définissent actuellement le signe ou plutôt le « Syndrome d'Argyll-Robertson » (Henri et Anne-Marie Lagrange) (53), cet ensemble de signes est loin de résumer tous les caractères des pupilles anormales dans la neurosyphilis. Dans les troubles neurologiques d'origine spécifique, le signe le plus constant paraît bien être *l'abolition isolée du réflexe pupillaire d'adaptation à la lumière* (Lagrange), ou plutôt, pour Uriate (24), *l'absence de dilatation à l'obscurité*, la contraction à la convergence demeurant, de toute façon, rapide. Le miosis est purement « incidentale » (K. Wilson). Les statistiques modernes,

(1) Miosis : orthographe correcte d'après  $\mu\epsilon\iota\sigma\mu\omicron\varsigma$  : diminution.

| CARACTÈRES  | DE LA PUPILLE TONIQUE  | DE L'ARGYLL-ROBERTSON                   |
|---|--|---|
| A divers examens.....   | Variabilité ; plus petite le matin.                                  | Constance.                              |
| Présence.....   | Unilatérale dans 80 % des cas.                                       | Bilatérale dans 95 % des cas.           |
| Forme.....  | Irrégularité fréquente.  | Irrégularité fréquente.                 |
| Dimension.....  | Mydriase le plus souvent.  | Miosis dans 75 % des cas.               |
| Pupille anormale.....   | La plus grande.  | La plus petite.                         |
| Accommodation-convergence.....                                | Hésitation, puis contraction lente, ample, excessive.                | Contraction rapide et complète.         |
| Temps de la réponse.....                                      | Parfois cinq à dix secondes.   | Réponse immédiate,                      |
| Après la convergence.....                                     | Retard, puis redilatation encore plus lente et ample.                | Décontraction immédiate.                |
| Maintien de la contraction.....                               | Inconstant.  | Habituel.                               |
| Adaptation à la lumière.....                                  | <i>Le réflexe paraît aboli.</i>                                      | <i>Le réflexe est réellement aboli.</i> |
| Réflexe consensuel.....                                       | Id.  | Id.                                     |
| Séjour à l'obscurité.....                                     | <i>Dilatation progressive, mydriase.</i>                             | <i>Pas de dilatation.</i>               |
| Exposition subéquante à la lumière vive.                      | Hésitation, contraction ample, voire excessive, maintien inconstant. | Pas de contraction ou très faible.      |
| Après occlusion énergique des paupières (Piltz-Westphal)..... | Redilatation très lente.   | Prompte redilatation.                   |
| Collyres mydriatiques.....                                    | Dilatation prompte et ample.   | Très minime et lente.                   |
| Collyre à l'ésérine.....                                      | Miosis rapide.   | Contraction très imparfaite.            |
| Réflexe sensitif (au pincement).....                          | Dilatation.  | Absence de dilatation.                  |
| Hippus.....   | Hippus parfois observé.  | Pas d'hippus.                           |
| Réactions humorales (sang, L. C. R.).....                     | Absence de syphilis.   | Syphilis : 60 % des cas.                |

de L. Lowrey et Mary Benedict (12), de Houston Merritt et Merrill-Moore (14), montrent, en outre, que les réactions pupillaires anormales ne s'observent que dans 60 % à 70 % des cas de syphilis nerveuse, l'Argyll-Robertson véritable dans 8,7 % des cas seulement.

Par ailleurs, l'abolition isolée du réflexe pupillaire à la lumière est très fréquente en dehors de la syphilis (« Argylls non syphilitiques », dans l'encéphalite, les tumeurs pédonculaires, l'alcoolisme chronique, etc...), comme l'ont montré notamment M. le Professeur Guillain, M. le Professeur Barré et leurs collaborateurs.

Il nous paraît intéressant de signaler que Babinski (30) insistait, tout le premier, sur la nécessité de réaliser l'obscurisation préalable avant d'affirmer l'existence d'un signe d'Argyll-Robertson. Babinski avait reconnu, de son côté, les faits de pupillotonie.

Cependant, malgré ses caractères différentiels que l'on connaît mieux aujourd'hui, la pupillotonie fut méconnue dans bien des cas. Malgré l'absence de toutes réactions humorales positives, les malades qui présentaient cette anomalie furent souvent considérés comme syphilitiques, traités comme tels et même exclus de services publics, ainsi que l'ont montré, depuis les études d'Adie et de MM. Guillain et Sigwald (41), des observations de Maurice Renaud et Miget (66), Gaudissart et Massion-Verniory (40).

2° Les caractères différentiels de l'*ophtalmoplégie interne* ou *iridoplégie* et de la pupillotonie ont été sérieusement discutés par W.-J. Adie, à propos de nombreuses observations où il s'agissait en réalité de troubles toniques. Dans son esprit, il y avait identité absolue, dans la plupart des cas, si l'on consentait à les étudier avec scrupule et patience.

Cependant, Hassin et Thompson se prononcent avec Behr sur la nature syphilitique en général de l'*ophtalmoplégie interne* qu'ils considèrent comme différente de la pupille tonique. Si l'on se réfère aux caractères récemment donnés par Puglisi-Duranti (19), les différences seraient assez nettes : il y aurait, en particulier, dans l'*ophtalmoplégie interne*, abolition du réflexe à l'accommodation-convergence. Il y a toutefois lieu de signaler que certains cas de pupillotonie ont évolué ensuite vers l'*ophtalmoplégie totale*.

Cette *ophtalmoplégie* est bien différente de la paralysie de l'accommodation d'origine diphtérique, qui ne peut être mise en cause dans le syndrome d'Adie.

3° Des troubles pupillaires variés, et qui s'avèrent variables à



des examens successifs, s'observent avec une particulière fréquence dans la plupart des *psychoses* ou *psychopathies*.

« *Les réflexes à la lumière inconstants et variables* sont caractéristiques des psychoses fonctionnelles. » Telle est une des conclusions de notre Maître, M. Roger Mignot, dont le mémoire inaugural (15) constitue l'un des travaux les plus complets sur ce sujet. De ses observations, il ressortit que l'anisocorie apparaît encore plus fréquente dans la psychose périodique que dans la paralysie générale. Dans la démence précoce, le réflexe à la lumière est troublé dans 62 % des cas, l'accommodation dans 13 % ; il existe une anisocorie dans 32 % des cas.

Bumke (6) signale que des troubles pupillaires variables, allant jusqu'à la rigidité absolue, surviennent dans l'hystérie.

Westphal (25) note, dans la stupeur catatonique, la perte transitoire du réflexe à la lumière, avec modifications des dimensions et de la forme de la pupille. Sioli (22) a observé également la rigidité pupillaire variable chez 5 catatoniques.

Kehrer (50), de Breslau, dans un important travail, désigne, sous le nom de *spasme mobile pupillaire*, « cette immobilité moyenne, apparaissant et disparaissant spontanément, chez des parkinsoniens et des catatoniques ».

Herman (44) a constaté l'immobilité mydriatique variable à la lumière, associée à des troubles d'origine endocrino-sympathique.

Bromberg (35) a observé l'immobilité transitoire à la lumière, sur des pupilles de faible dimension, jointe à l'aréflexie tendineuse achilléenne. Les troubles se rapprochaient plus particulièrement de ceux qui ont été décrits chez les catatoniques. Dans le cas mentionné, il ne s'agissait pas cependant d'un état « schizophrénique ». La malade, une jeune femme de 19 ans, avait été internée au Bellevue Hospital pour un état de dépression avec anxiété, sitiophobie passagère, troubles de l'humeur et du caractère. Les troubles pupillaires n'étaient pas modifiés par la manœuvre de Meyer et Redlich (pression sur la région iliaque), ainsi qu'ils le sont, en général, chez les catatoniques. Paul Schilder (68) a signalé la fréquence de tels symptômes. Pour Bromberg, il faut faire une place à ce genre de faits dans le groupe construit par W. Adie.

Hassin et Thompson (43) ont observé, chez deux psychopathes, des troubles qu'il est possible de classer dans les formes atypiques de pupilles toniques. Le premier malade, un homme de 30 ans, était « nerveux » depuis l'âge de 15 ans ; c'était un obsédé anxieux craignant sans cesse de devenir « fou » ; il souffrait de céphalées, avec sensation de pression intra-cra-

nienne, et présentait une aréflexie tendineuse des membres inférieurs. La seconde malade, une Juive de 30 ans, se plaignait de faiblesse générale, de vertiges, de paresthésies, de troubles visuels et gastro-intestinaux. En 1929, elle avait été internée pendant un an au Chicago State Hospital.

C'est Kehrér, pensons-nous, qui apporte le plus de faits en faveur du rapprochement de la pupillotonie avec les troubles pupillaires observés chez les psychopathes, notamment chez certains parkinsoniens et catatoniques.

4° *L'hippus* affecte souvent les pupilles en mydriase tonique. Les signes particuliers constatés chez des déments précoces par Xavier Abély et Trillot (1) — contraction à la lumière sous un arc très faible, non maintenue sous le faisceau lumineux — différent apparemment de la pupillotonie, quoique ces faits nous paraissent voisins de ceux qu'observèrent Westphal, Kehrér et Bromberg.

5° « *La lenteur des mouvements pupillaires* ne constitue pas par elle-même une réaction tonique » (Adie). Un examen approfondi, s'inspirant par exemple de celui qui figure dans notre tableau, peut seul faire affirmer le diagnostic. Il semble cependant que l'on puisse tenir compte, dans une certaine mesure, de ces « faux-Argylls » non syphilitiques, lorsque des examens répétés ont montré la coexistence de mydriase, d'immobilité apparente à la lumière, de lenteur à la convergence, et d'aréflexie tendineuse d'autre part. Nous en avons retrouvé des exemples.

6° Enfin, la pupillotonie nous paraît nettement différente des *réflexes paradoxaux de Piltz* (accentuation de la phase de dilatation préalable, dans le réflexe à la lumière) et des *réflexes invertis* de Brunton et Vyson.

### III. — LES ARÉFLEXIES TENDINEUSES

Sur les 19 observations personnelles d'Adie, 13 fois l'absence des réflexes tendineux est relevée. Dans les 44 cas de pupillotonie qu'il a retrouvés dans la littérature, l'aréflexie est constatée neuf fois ; mais l'examen neurologique n'avait pas été pratiqué systématiquement dans tous les cas.

L'abolition unilatérale ou bilatérale des réflexes achilléens est la plus fréquemment observée. On note, en second lieu, généralement, l'abolition des réflexes rotuliens (signe de Westphal). D'autres fois, les réflexes patellaires subsistent, mais se manifestent très faibles, parfois asymétriques et, dans quelques cas, demandent, pour être mis en valeur, l'emploi des méthodes de

renforcement. Les réflexes anti-brachiaux et tricipitaux sont parfois également abolis. L'aréflexie cliniquement établie fut vérifiée par des électromyogrammes, dans les cas de Pagniez et Pasteur Vallery-Radot (61) et de Guillaïn et Sigwald.

L'aréflexie tendineuse se montre quelquefois transitoire. Dans un cas d'Axenfeld (29), les réflexes furent abolis pendant neuf ans ; dans un cas de Behr, pendant 3 ans seulement. Chez deux malades de S.-Ely Jelliffe (49), classés comme « dysthyroïdiens », l'état des réflexes fut amélioré par l'administration d'extraits thyroïdiens. Dans nos cas personnels, après opothérapie gastro-hépatique, seuls les achilléens demeurèrent abolis. Dans notre première observation (62), l'aréflexie pouvait être, certes, imputée à une polynévrite anémique ; mais cette notion ne supprime pas, à notre avis, le problème étiologique. L'abolition des réflexes n'est pas, en effet, considérée comme congénitale. Les réflexes étaient présents cinq ans auparavant, chez un malade d'Oloff (60). Mais, dans le cas de Bromberg, les achilléens manquent également ou sont très diminués chez la mère, un frère et une sœur du malade observé.

\*  
\*\*

Depuis 1932, Guillaïn et Sigwald (41), Barré et Mlle Helle (31), Barré et Klein (32), ont rapporté de nombreux cas d'aréflexie d'origine mystérieuse, accompagnée ou non de pupillotonie. Parallèlement, se poursuivaient des recherches cliniques sur les aréflexies dites congénitales, la dystaxie aréflexique héréditaire (de G. Roussy et Mlle G. Lévy), et les maladies familiales observées par Popow, Ludo van Bogaert et Borremans (89, 86, 76). Un rapprochement était établi entre ces syndromes et certaines infections neurotropes héréditairement transmissibles (formes frustes de la maladie de Friedreich). Les états mentaux dépressifs, avec troubles végétatifs, paraissent fréquents dans ces affections, comme l'ont montré Sterling (90), Guiraud et Mlle Derombies (84). Des troubles oculaires existent également. Dans un cas de Guiraud et Ajuriaguerra (85), ils se rapprochaient du type Argyll-Robertson ; les auteurs avaient alors pensé à la possibilité d'un syndrome d'Adie. L'ensemble de ces travaux a remis en lumière le problème des aréflexies tendineuses, qui se pose fréquemment en neuro-psychiatrie.

Gowers (8) enseignait, à la fin de sa carrière, que l'aréflexie rotulienne « congénitale » s'observe dans un cas sur 10.000, c'est-à-dire, qu'après examen complet, il reste bien peu d'aréflexies que l'on ne puisse expliquer par une lésion.

Oppenheim (18) considérait le signe de Westphal dans de tels cas comme un stigmate de dégénérescence, et le trouvait fort rare.

Louis Dupuy, Médecin de la Garde Républicaine (79), fut frappé par l'analogie de ces irréflexivités dites « idiopathiques » avec celles des polynévrites et des radiculites graves. Dans tous les cas qu'il put observer, les réflexes achilléens se montrèrent atteints en premier lieu, les rotuliens ne le furent que secondairement. Cet auteur estime que « l'irréflexivité monosymptomatique pourrait bien n'être qu'un cas particulier de l'irréflexivité pathologique ».

En 1916 et 1917, Dumolard et ses collaborateurs des Centres Neurologiques militaires, Rebierre, Quellien, Courjon, Regnard, (80, 81, 82), décrivaient l'abolition, la variabilité, l'instabilité des réflexes tendineux (souvent accompagnées de myalgies, de troubles toxi-infectieux, de signes psychiques ressortissant au syndrome de Korsakow), comme symptomatiques des asthénies graves d'épuisement. Avec le recul des années, on peut penser, comme M. Souques le pressentait alors, qu'il s'agissait d'infections neurotropes graves, peut-être même des premières épidémies d'encéphalite.

Redlich (87) ne croit pas que l'on puisse incriminer la dégénérescence chez les malades aréflexiques, mais bien plutôt des infections ou des intoxications.

M. Ducosté a présenté, à la Société Neurologique (78), un cas d'aréflexie tendineuse et périostée totale, avec hyperexcitabilité idiomusculaire, chez un sujet atteint de psychose maniaque-dépressive. Le déséquilibre végétatif était très net dans ce cas. G. Bourguignon étudia les chronaxies de ce malade ; en conformité avec ses expériences antérieures, il conclut que des modifications humorales du pH urinaire et de l'équilibre acide-base du plasma sanguin, pouvaient provoquer les variations de la chronaxie, que l'on voit accompagner les altérations motrices ou réflexes.

A propos d'un cas d'aréflexie totale, Friedmann (83) a incriminé chez le malade l'existence d'une intoxication alcoolique héréditaire, qui aurait touché électivement le système sympathique, « avec intégrité du système animal ».

W. J. Adie (27) a pu observer, au National Hospital, une basedowienne qui présentait des pupilles toniques et une aréflexie tendineuse généralisée. La force musculaire et la sensibilité des membres étaient absolument intactes. Le Bordet-Wassermann était négatif dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien.



Quelques semaines après, la malade revint avec les signes d'une myasthénie grave dont l'issue fut fatale.

R. Brun (de Zürich) (77) pense également qu'à la base de toutes les aréflexies dites « idiopathiques », il existe un état pathologique. Il eut à examiner un sujet de 17 ans, présentant une abolition des réflexes rotuliens, achilléens et tricipitaux, sans aucun autre symptôme. Huit ans après, le sujet manifeste des signes de polyradiculite et d'encéphalomyélite ayant évolué à bas bruit. Il avoue alors une hérédité chargée : tuberculose de la mère, morte d'accidents méningés trois semaines après la naissance de l'enfant ; épilepsie du grand-père paternel ; maladie qualifiée « tabès » chez le grand-père maternel. Ces antécédents pathologiques ne prouvent toutefois pas la nature congénitale de l'aréflexie, dont pourrait rendre compte une encéphalopathie du jeune âge, évoluant sur ce terrain prédisposé, et se traduisant par des réactivations successives.

Pour Stanley Barnes (75), qui fonde ses conclusions sur une étude générale de l'état neuro-musculaire chez 284 descendants d'un myopathique, l'aréflexie tendineuse doit être tenue pour un *signe de latence* d'une maladie particulière, de nature toxi-infectieuse, peut-être une forme fruste d'une affection lentement évolutive. Il semble bien que les faits vérifient cette conception.

*Diagnostic.* — L'abolition des réflexes tendineux, soit généralisée, soit limitée aux membres inférieurs ou même à certains réflexes (patellaires, achilléens) est un des symptômes importants des dystrophies myotoniques. Elle s'accompagne, dans ces affections, de symptômes musculaires (atrophies localisées, réactions myotoniques) et de symptômes « dystrophiques » extra-musculaires : amaigrissement ou adiposité, troubles glandulaires, troubles vaso-moteurs, cataracte, etc...

La pupillotonie associée a été signalée par Hoche (46) dans un cas de myopathie de Thomsen. Saenger avait, dès l'abord, constaté l'analogie que présente la décontraction myotonique avec la décontraction lente de la pupille tonique.

Il existe dans les myotonies un déséquilibre végétatif indéniable, une « perte de contrôle du parasymphatique » (Jelliffe). Mais ce trouble associé ne justifie pas entièrement le rapprochement de la pupille tonique et des myopathies, conception que Kyrieleis (51, 52) a critiqué récemment. Hassin et Thompson font justement observer que, dans ces affections neuro-musculaires, c'est le muscle strié qui est atteint, tandis que, pour la pupille, il s'agit d'un trouble de l'innervation des muscles lisses de l'iris. De plus, l'état tonique du muscle, qui se relâche par des efforts répé-



tés, reste inchangé dans la pupille dite « myotonique », tout au moins dans le type habituel décrit par Saenger.

Quoi qu'il en soit, il reste que dans les diverses formes de myopathies un élément important du diagnostic est constitué par l'aréflexie tendineuse. J. Rosett (88) a retrouvé ainsi, dans des cas limités, cette aréflexie sans aucune atrophie ou hypertrophie musculaire ; seules existaient des douleurs musculaires spontanées. Adie et Greefield (74) l'ont observée associée à des troubles neuro-végétatifs, les troubles myotoniques étant extrêmement limités : aux fléchisseurs de la main, par exemple ; mais la force musculaire était le plus souvent conservée. Pour Stanley Barnes (op. cit.), la perte précoce des réflexes tendineux constituait le caractère frappant dans les cas présentés. Parfois, c'était le seul trait anormal, comme chez une fillette, élève d'une école professionnelle de danse. L'apparition de symptômes endocriniens était de mauvais augure dans cette famille myopathique.

L'aréflexie tendineuse est encore couramment observée dans les attaques de *cataplexie* (huit fois sur dix, pour Max Levin (10), ainsi qu'à la phase post-paroxytique de *l'épilepsie*, où l'on constate, par ailleurs, fréquemment la rigidité pupillaire.

Dans la *narcolepsie encéphalitique*, on retrouve l'abolition des réflexes profonds associés à des troubles oculaires et à des symptômes infundibulo-tubériens aujourd'hui classiques, et qui indiquent clairement l'atteinte des noyaux végétatifs de la base.

Les auteurs étrangers, Goldflam (7), Mac Lachlan (13) en particulier, ont isolé certaines manifestations de *paralysie familiale périodique*, d'une durée de quelques heures à quelques jours, qui semblent bien voisines des trois manifestations que nous signalions (cataplexie, épilepsie, narcolepsie). Dans ces paralysies, l'aréflexie tendineuse se montre, également, associée à un déséquilibre neuro-végétatif ; et l'on pense qu'elle pourrait être due à des toxi-infections latentes, peut-être à l'accumulation toxique de produits anormaux du métabolisme, élaborés pendant la phase de latence.

#### IV. — PATHOGÉNIE

Voici donc tout un groupe d'affections où l'atteinte des centres végétatifs paraît assez bien mise en évidence par la symptomatologie clinique. Il peut, sans doute, paraître encore assez aventureux de faire entrer ces affections dans le cadre des « syndromes infundibulo-tubériens ». Il s'agit là, pourtant, de troubles des corrélations neuro-végétatives, glandulaires, vaso-motrices, etc. ;

et la lésion ou l'altération fonctionnelle, responsable de ce déséquilibre, nous paraît pouvoir être localisée au niveau de la partie terminale du tronc cérébral. Un nombre assez important de travaux a plaidé, déjà, en faveur d'une telle localisation diencephalique.

Sur le mécanisme de l'abolition des réflexes tendineux, dès qu'il ne s'agit plus de lésions médullaires ou périphériques, on possède bien peu d'éléments certains. Par exemple, l'aréflexie est fréquente dans les tumeurs du IV<sup>e</sup> ventricule ; on pourrait invoquer, avec Batten et Collier (2), le rôle de l'hypertension intra-cranienne, transmise aux cordons postérieurs par les racines. Paul Van Gehuchten (92) pense plutôt devoir incriminer une lésion du noyau rouge ou des fibres rubro-spinales ; l'aréflexie peut être produite « par interruption de l'arc excito-tonique, indispensable au mécanisme de ces réflexes ».

Dans les tumeurs du III<sup>e</sup> ventricule, l'hypertension intra-cranienne ne peut plus être mise en cause ; bien souvent, il n'y a pas de stase papillaire et la tension du liquide est normale. Et pourtant, l'on connaît, depuis Oppenheim, Needles (17), des cas d'adénome pituitaire ayant déterminé la symptomatologie suivante : abolition des réflexes tendineux des membres inférieurs, rigidité pupillaire ou réactions paresseuses à la lumière (atrophie optique), manifestations endocriniennes, hypogénitalité. Ces syndromes ont ainsi mérité le nom de *pseudo-tabes pituitaires*. Les auteurs ont estimé que des modifications chimiques, d'origine endocrinienne, pouvaient avoir déterminé des troubles de la conduction dans les cordons postérieurs.

\*  
\*\*

Les troubles pupillaires sont également d'interprétation délicate, en l'absence de toute excitation de la chaîne sympathique ou de ses ganglions, qui pourrait en rendre compte. Ils sont cependant — la mydriase notamment — particulièrement symptomatiques de déséquilibre végétatif.

« L'élargissement des pupilles révèle la prédominance des influx nerveux sympathiques sur les influx parasympathiques. » (Marcel Monnier (16). Le centre — sympathique — de la dilatation irienne est situé (Karplus et Kreidl) (9) à la partie médiane du noyau hypothalamique de Luys, tout près de la substance grise centrale. Sa connexion avec le centre cilio-spinal s'effectue par l'intermédiaire du pédoncule cérébral homolatéral et du faisceau médullaire latéral. Les études de Roussy et Mosinger (21)

nous ont appris à considérer l'unité, « la solidarité fonctionnelle de tout le système neuro-végétatif péri-ventriculaire », qui s'étend en vérité sans interruption jusqu'à la moelle, et dont le groupe photo-moteur de la III<sup>e</sup> paire, en tout état de cause, ne représente qu'un noyau de condensation.

Ranson, Kabat et Magoun (20) « par excitation de l'aire latérale hypothalamique, partie rostrale, de l'hypothalamus sous-jacent et de la région au-dessus du fornix », obtiennent des effets pupillaires mydriatiques constants. Cette dilatation irienne est encore accompagnée d'accélération de la respiration, d'élévation de la température, de contraction de la vessie, et, d'une façon générale, des signes qui accompagnent les états émotionnels.

Les connexions hypothalamiques des fibres pupillo-dilatatrices ont encore été bien précisées par Beattie et ses collaborateurs (3):

\*  
\*\*

Si donc, il existe de fortes présomptions en faveur de l'origine diencéphalique des troubles pupillaires constatés dans le syndrome d'Adie, l'aréflexie tendineuse ne reçoit pas d'explication aussi satisfaisante. On ne peut qu'accumuler les faits qui prouvent l'existence d'une même lésion des noyaux centraux et d'une étiologie commune.

Les symptômes végétatifs sont aujourd'hui bien connus. Ils ont été mis en valeur par la plupart des observateurs. Le déséquilibre est souvent complexe : hyperamphotonie ou hypotonie végétative. Il y a généralement prédominance des effets sympathiques (cas de Weill et Reys, de Nielsen et Stegman, de Barré et Mlle Helle, Barré et Klein, de Subirana, etc...). Les perturbations psychiques même, que l'on retrouve dans un grand nombre de ces observations, portent bien la marque des troubles qui accompagnent les états de déséquilibre neuro-végétatif : morosité, troubles du caractère, subanxiété, tendance dépressive, réactions d'agacement. Nous tenons donc pour probable l'atteinte des centres végétatifs péri-ventriculaires, et des notions étiologiques nous semblent plaider en faveur de cette localisation.

## V. — ETIOLOGIE.

### RAPPORTS AVEC LES SYNDROMES NEURO ET PSYCHO-ANÉMIQUES

Adie déclare n'avoir pas observé, associés au syndrome qu'il décrivait, de symptômes d'une maladie quelconque.

Cette assertion est infirmée par de nombreuses observations.

Citons, d'abord, un des propres cas de W.-J. Adie (27), que nous avons signalé plus haut, où le syndrome caractéristique de pupillotonie avec aréflexie, sans syphilis, fut suivi, au bout de quelques semaines, d'une myasthénie rapidement mortelle. Remarquons, également, que le propre malade de Strassburger était atteint de sclérose en plaques. Nonne avait rencontré la pupillotonie dans le diabète. Herming-Roenner (45) l'avait signalée parmi les séquelles de la rougeole. Pagniez et Pasteur Vallery-Radot l'observent à l'occasion d'une scarlatine. Jaensch (48) l'aurait retrouvée au cours de l'encéphalite épidémique. Weil et Reys (71) constatent son association avec une polynévrite, qui pourrait être due à une grippe à forme nerveuse.

Dans les observations d'Axenfeld, de Harvier et Boudin (42), de Chavany (38), il est possible de suspecter une syphilis héréditaire. Mais ce sont là les seules observations relevées dans la littérature, sur un nombre déjà élevé de cas. Hassin et Thompson combattent cette étiologie et pensent même que, si le signe d'Argyll-Robertson constitue une présomption de neuro-syphilis, la pupillotonie reconnue exclut ce diagnostic — « quoiqu'elle puisse survenir chez un syphilitique ».

La pupillotonie a été encore signalée au cours de certains états psychopathiques (Hassin, Bromberg), du myo-œdème, de la myopathie (Hoche).

Quoique l'alcoolisme puisse s'accompagner de manifestations pupillaires voisines du signe d'Argyll-Robertson, l'intoxication éthylique peut, dans la règle, être écartée de l'étiologie.

Nous tenons pour particulièrement importante l'opinion de M. le Professeur Guillaïn et de Sigwald (*op. cit.*), qui ont fait connaître en France le syndrome d'Adie, d'après deux observations personnelles : « Il est possible que le système végétatif, comme le spécifie W.-J. Adie, soit touché ; mais il n'est certes pas seul touché. Une atteinte infectieuse ou toxique antérieure, insuffisante pour exercer des actions destructives, mais suffisante pour troubler la conductibilité en des zones de l'arc réflexe, nous paraît être la cause première de l'affection décrite par W.-J. Adie. »

Cette opinion est corroborée par de récents travaux étrangers, qui classent, parmi les troubles pupillaires des affections dites post-encéphalitiques, le *spasme mobile pupillaire* et la *réaction neurotonique à la lumière* (11).

A propos des aréflexies isolées, nous avons déjà vu de nombreux auteurs désigner de telles étiologies infectieuses. Telle est encore, à propos de leur association à des troubles pupillaires, l'opinion de Strohmayer (91), qui estime qu'il s'agit, dans ces



cas, de processus évolutifs, toxi-infectieux et non pas dégénératifs : polyradiculites chroniques ou encéphalomyélites.

On voit donc que si les aréflexies cliniquement liées à une polynévrite doivent théoriquement être écartées du diagnostic, il n'est pas exclu que les aréflexies « idiopathiques » ou « congénitales » ne tirent leur origine de causes très analogues. Elles pourraient être une manifestation de polynévrites chroniques endotoxiques ou de névrites infectieuses, touchant électivement les noyaux végétatifs de la base.

Cette atteinte rendrait compte des symptômes psycho-organiques complexes que nous avons relevés dans deux cas personnels où existait une anémie de type pernicieux.

\*  
\*\*

Dans une communication sur les syndromes infundibulo-tubériens présentée au Congrès de Lyon, l'un de nous (105) faisait remarquer, entre autres symptômes pouvant relever de cette localisation pathogénique, des anémies, à type dit cryptogénétique, qu'il n'était pas exceptionnel d'observer chez les psychopathes. Dans un récent travail, MM. Trelles et Ajuriaguerra (23) exposent une série d'arguments au sujet des rapports qui peuvent unir les anémies de type pernicieux et les lésions infundibulo-tubériennes. Arguments expérimentaux, d'une part, tels qu'ils résultent des expériences de Riccitelli (109), de Roger, Houssay et Arias ; arguments anatomo-cliniques déjà nombreux, d'autre part. Dans un cas d'angiome intéressant l'hypothalamus, Davison et Selby (97) ont noté une anémie importante. Les lésions des noyaux gris centraux dans l'anémie pernicieuse avaient été mises en évidence de longue date par Birulja (94), Ransohoff (108), puis par Pfeiffer (106). Lhermitte, Worms et Ajuriaguerra (99) relèvent en particulier la dégénérescence de toutes les cellules du noyau paraventriculaire, dans un cas de syndrome neuro-anémique grave, avec troubles psychiques terminaux. Enfin, dans une observation de syndrome neuro-anémique publiée par Paviot et Dechaume (102), il existait de nombreux signes : céphalées, troubles de la vue, troubles de la régulation hypnique — sommeil incoercible — qui firent porter par les auteurs le diagnostic étiologique de névrite à virus neurotrope ; dans ce cas, on avait noté, à l'autopsie, de grosses lésions diencéphaliques.

Cette étiologie infectieuse des syndromes neuro ou psycho-anémiques — que l'un de nous (104) soutenait, en 1931, à propos d'un syndrome neuro-psycho-anémique où l'on pouvait noter



également de nombreux signes d'une encéphalo-myéélite de type épidémique — paraît actuellement admise par de nombreux auteurs. De cette infection polyvalente, résulteraient à la fois les troubles psychiques et l'anémie pernicieuse.

Des recherches bibliographiques récentes nous ont montré, d'ailleurs, que, dès 1913, Barrett (93) considérait ces états comme symptomatiques de processus toxi-infectieux affectant le système nerveux. Leur aspect clinique le plus fréquent est celui des confusions (*amentias symptomatiques* de Meynert), du type de la psychose de Korsakoff des alcooliques : il est ainsi caractérisé, dès 1904, par Pickett (104), puis par Bonhöffer (95), Barrett, P.-Emile Weill et Cahen (108), Goldkuhl (98), Bowmann (96), etc. Tous ces auteurs ont signalé l'étroite ressemblance des troubles mentaux de l'anémie pernicieuse avec les états confusionnels toxi-infectieux. Les lésions sont, en général, diffuses ; mais l'atteinte du diencéphale pourrait rendre compte d'une grande partie de la symptomatologie observée. Cette atteinte ne peut guère être mise en doute lorsque des signes de parkinsonisme s'adjoignent au tableau psycho-organique, comme dans l'observation publiée par l'un de nous en 1921 (103).

Bouchut et Croizat, ainsi que Siegheim (5), ont rapporté des observations de parkinsoniens (par encéphalite épidémique) chez lesquels se développa, en même temps qu'un syndrome d'insuffisance glandulaire, une anémie grave. Sidney et Robert Schwab ont, tout récemment, signalé l'association de parkinsonisme et d'anémie grave, avec diabète (107).

Nous avons pu retrouver un certain nombre d'observations où se trouvaient rapportés, antérieurement aux descriptions d'Adie, des troubles pupillaires très particuliers. C'est ainsi que Babonneix et Maurice Lévy, dont l'observation figure dans la thèse bien connue de Pierre Mathieu (101, obs. VI), ont noté, au cours d'un état stuporeux neuro-anémique, l'existence d'une mydriase unilatérale avec paresse extrême des réflexes à la lumière. Citons, également, les observations I, II, III, IV de la thèse inspirée par l'un de nous à Mlle Martrille (100), où les malades, observés par l'un de nous, présentaient des troubles mentaux polymorphes de nature infectieuse, associés à une anémie grave et à des signes de parkinsonisme ; auxquels troubles s'ajoutait l'inégalité pupillaire avec mydriase et « bradycorie ». Dans le premier des cas de syndrome d'Adie récemment rapporté par nous (62), il s'agissait d'un syndrome psycho-anémique de type korsakowien accompagnant une pupille tonique. Dans le second cas (63), le syndrome d'Adie était au complet, aucune polynévrite ne pouvant être mise

en cause, cliniquement du moins. Dans les deux cas, l'atteinte du système neuro-végétatif se traduisait par de nombreux symptômes : troubles glandulaires, phénomènes vaso-moteurs, déséquilibre émotionnel, etc... Dans le second cas, il y avait association de parkinsonisme fruste : tremblement vibratoire intense, hypertonie marquée, signe de Froment, diminution des mouvements automatiques pendant la marche.

Ces diverses observations semblent mettre en valeur l'existence d'un certain rapport entre le syndrome d'Adie et l'atteinte des centres végétatifs diencéphaliques, si fréquemment touchés par des infections du type encéphalo-myélite ou névraxite épidémique. Pour Paviot et Dechaume, l'infection neurotrope pourrait être à l'origine d'une « *maladie de système* », le système réticulo-endothélial : celui-ci serait touché à la fois dans sa fonction hématopoïétique, d'où anémie, et dans sa fonction de métabolisme des lipoides, d'où la démyélinisation, retrouvée à l'autopsie, de zones très étendues du pallidum et de l'infundibulo-tuber. Il se pourrait qu'un processus du même genre puisse être envisagé en ce qui concerne la pathogénie de la pupillotonie et de l'aréflexie tendineuse associée : des modifications chimiques, d'origine vraisemblablement infectieuse, atteindraient la myéline et détermineraient des troubles de la conduction, soit au niveau de l'hypothalamus, lieu de passage des fibres irido-dilatatrices, soit en des zones plus étendues de l'arc réflexe.

## VI. — CONCLUSIONS

*La pupille tonique* est nettement différente de la *pupille statique* (signe d'Argyll-Robertson), avec laquelle elle ne doit plus être confondue. Dans ses formes typiques ou atypiques, elle nous semble fréquente au cours des syndromes mentaux. Un rapprochement peut être tenté avec la pupille des catatoniques. De toutes façons, dans son étiologie, n'intervient pas la neuro-syphilis.

*L'aréflexie tendineuse* dite congénitale pourrait bien n'être qu'un cas particulier des aréflexies pathologiques. *Le syndrome d'Adie* pose ainsi des problèmes diagnostiques et pathogéniques très importants.

De multiples observations révèlent une grande variété de symptômes associés au syndrome propre d'Adie, alors que cet auteur affirmait qu'il n'existait pas d'autres signes du désordre « *sui generis* » qu'il décrivait. Nous pensons précisément que l'étude des concomitants organiques peut permettre d'apporter quelque lumière sur la pathogénie et l'étiologie du syndrome d'Adie.

Des malades atteints de troubles mentaux très divers et chez lesquels nous constatons en même temps l'existence d'aréflexie tendineuse et de pupilles toniques, présentent également des troubles neurologiques, endocriniens, vaso-moteurs, hématologiques, etc., dont l'origine infundibulo-tubérienne paraît peu douteuse. Il serait sans doute prématuré de désigner les points précis du diencéphale, les centres neuro-végétatifs, dont la lésion est capable de produire de tels ensembles psycho-organiques. Mais de tels faits, si disparates soient-ils, pourraient peut-être trouver place dans la conception d'ensemble d'une « maladie de système », que nous suggèrent certains observateurs.

A la base de ce déséquilibre complexe, il est possible, dans certains cas, de reconnaître les signes d'une infection neurotrophe, encéphalo-myélite ou névraxite de type épidémique, ces infections touchant, avec une particulière fréquence, les régions sous-corticales où s'opère la régulation des fonctions végétatives.

Enfin, la constatation d'une anémie de type pernicieux relevée dans nos observations de syndrome d'Adie, concurremment avec les autres troubles neurologiques et psychologiques constatés dans les infections neurotropes, peut plaider en faveur de cette étiologie commune, dont l'un de nous soutient, depuis longtemps, l'importance primordiale en psychiatrie.

## BIBLIOGRAPHIE

## GÉNÉRALITÉS

1. ABÉLY (Xavier) et TRILLOT. — *Ann. Méd.-Psych.*, 1, p. 69, 1933.
2. BATTEN et COLLIER. — *Brain*, 22, 473, 1899.
3. BEATTIE, BROW et LONG. — *Proc. Roy. Soc., Londres*, 106, 253, 1930.
4. BEATTIE, DUEL et BALLANCE. — *J. Anat.*, 66, 283, 1932.
5. BICKEL (Georges). — *Arch. Suisses de Neur. et Psych.*, 33, 192 et 34, 1, 1934.
6. BUMKE (O.). — *Münch. Med. Woch.*, 53, 741, 1906.
7. GOLDFLAM. — *Zeitschr. f. klin. Med.*, 19, 240, 1891 et *Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk.*, 7, 1, 1896.
8. GOWERS (Sir William). — Cité par Stanley Barnes (n° 75).
9. KARPLUS et KREIDL. — *Neurol. Centralbl.*, 32, 82, 1913.
10. LEVIN (Max). — Cataplexy. *Brain*, LV, 397, 1932.
11. LÖWENSTEIN (O.) et WESTPHAL. — *Arch. Suisses de Neurol. et Psych.*, 33, 168, 1934.
12. LOWREY (Lawson G.) et BENEDICT (Mary K.). — *J. of Nerv. and Ment. Dis.*, 52, 106, 1920.
13. MAC LACHLAN (T. Kay). — *Brain*, 55, 47, 1932.
14. MERRITT (Houston) et MOORE (Merrill). — *Arch. of Neur. and Psych.*, p. 337, août 1933.

15. MIGNOT (Roger). — Des troubles pupillaires dans quelques maladies mentales. *Thèse Paris*, Jouve, 1900.
16. MONNIER (Marcel). — *Rev. Neurol.*, 1, 671, 1935.
17. NEEDLES (William). — *J. of Nerv. and Ment. Dis.*, 80, 651, 1934.
18. OPPENHEIM (H.). — *Précis des Maladies nerveuses* (trad. anglaise), Londres, 1911.
19. PUGLISI-DURANTI (Giovanni). — *Riv. Oto-Neuro-Oftalmologica*, 12, 2, 256, 1935.
20. RANSON, KABAT et MAGOUN. — *Arch. of Neurol. and Psych.*, 33, 467, mars 1935.
21. ROUSSY et MOSINGER. — *Soc. de Neurol.*, 4 juillet 1935.
22. SIOLI (F.). — *Neurol. Centralbl.*, 29, 1910.
23. TRELLES (J.-O.) et AJURIAGUERRA (J. DE). — *Clinica y Laboratorio*, Saragosse, 146, février 1935.
24. URIARTE (A. Buenafama). — *Ann. d'Oculistique*, p. 672, août 1935.
25. WESTPHAL. — 1907 et *Verh. d. psych. Ver.*, Bonn, 1924.

#### SYNDROME D'ADIE

26. ADIE (W. J.). — Pseudo-Argyll-Robertson's pupils with absent tendon reflexes. *British Med. J.*, 1931, p. 928 ; et *ibid.*, p. 136.
27. ADIE (W. J.). — Tonic pupils and absent tendon reflexes : a benign disorder sui generis ; its complete and incomplete forms. *Brain*, 55, 98, 1932.
28. ADIE (W. J.). — Some common ocular symptoms. *Practitioner*, mai 1934.
29. AXENFELD (T.). — Tonische Akkomodation. *Klin. Monatschr. f. Augenheilk.*, 62, 59, 1919.
30. BABIŃSKI (J.). — De l'influence de l'obscurisation sur le réflexe des pupilles à la lumière et de la pseudo-abolition de ce réflexe. *Rev. de Neurol.*, 1214, 1905.
31. BARRÉ (J.-A.) et Mlle HELLE. — Syndrome d'Adie avec bilatéralité des troubles pupillaires. *Rev. Neurol.*, 1, 542, 1934.
32. BARRÉ (J.-A.) et M. KLEIN. — Etude d'un cas de syndrome d'Adie. *Rev. Neurol.*, p. 590, avril 1934.
33. BEHR (C.). — Ueber die tonische Konvergenzreaktion scheinbar lichstarrender Pupillen (Pupillotonie). *Klin. Monat. f. Augen.*, 87, 189, 1921.
34. BRAMWELL et SINCLAIR. — *Scott. Med. and Surger. J.*, p. 256, 1906.
35. BROMBERG (Walter). — Atypical case ou Syndrome of Tonic Pupils and absnt Tendon Reflexes. *J. of Nerv. and Ment. Dis.*, 80, 697, 1934.
36. BROUWER (B.). — Pupillotonie associée à l'aréflexie des extrémités. *Neederl. tijdschr. v. genesk.*, 77, 488, 1933.
37. BUSSCHER (J. DE). — Pupillotonie et aréflexie tendineuse. *J. belge de Neurol. et Psych.*, 35, 331, juin 1935.
38. CHAVANY. — A propos d'un cas de pupillotonie. *Presse Médicale*, 3 juillet 1935.
39. GARCIN (R.) et PIFFER.. — *Rev. Neurol.*, juillet 1935.
40. GAUDISSERT et MASSION-VERNIORY. — Un cas tardivement reconnu de pupillotonie avec aréflexie tendineuse. *J. belge de Neurol. et Psych.*, 13, 349, 1933.
41. GUILLAIN (G.) et SIGWALD (J.). — Sur une affection spéciale non syphilitique caractérisée par des troubles pupillaires et l'abolition des réflexes tendineux. *Soc. Méd. d. Hôp.*, 13 mai 1932.

42. HARVIER (P.) et BOUDIN (G.). — Maladie d'Adie et chorio-rétinite syphilitique. *Paris Médical*, 23 février 1935.
43. HASSIN (G. H.) et THOMPSON (J. J.). — Pupilles toniques ou atoniques. *J. of Nerv. a. Ment. Dis.*, 80, 430, oct. 1934.
44. HERMAN (E.), de Varsovie. — Immobilité pupillaire à la lumière et alopécie d'origine endocrino-sympathique. *Encéphale*, 1, 64, 1926.
45. HERMING-ROENNER. — *Klin. Monat. f. Augenheilk.*, p. 41, 1909.
46. HOCHÉ. — *Neurol. Zentralbl.*, 25, 576, 1906.
47. ILLING (Ernst). — Ueber Pupillotonie (tonische Konvergenzreaktion scheinber lichstarrer Pupillen. *Monatschr. f. Psych. u. Neurol.*, 85, 135, 1933.
48. JAENSCH. — *Klin. Monat. f. Augenheilk.*, 2, 390, 1924, cité par Weill et Reys.
49. JELIFFE (Smith Ely). — Myotonic pupils and absent knee-jerks, a critic of Adie's paper. *J. of Neurol. and Psychopathol*, 13, 349, 1933.
50. KEHRER (F.), de Breslau. — Zur Pathologie des Pupillen — zur lehre von der myotonien-dystrophischen Degeneration. *Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych.*, 81, 345, 1923.
51. KYRIELEIS (W.). — Scheinbare Pupillenstarre (Pupillotonia) mit Fehlen von Sehnen und Periotsreflexen. *Zeitschr. f. Augenheilk.*, 83, 728, 1934.
52. KYRIELEIS (W.). — Myotonie, myotonische Dystrophie, Pupillotonie. *Münch. Med. Woch.*, 5 juillet 1935.
53. LAGRANGE (Mme H.). — L'abolition isolée du réflexe pupillaire d'adaptation à la lumière. *Thèse Paris*, Doin, 1935.
54. MARCUS (C.). — *Trans. of the Opht. Soc. of the U.K.*, 21, 50, 1906, cité par W. J. Adie.
55. MERKLEN, ISRAËL et KLEIN. — A propos d'un cas de maladie d'Adie. Analyse in *Encéphale*, p. 584, sept.-oct. 1934.
56. MOORE (Foster). — Non-luetic Argyll-Robertson pupil. *Trans. of the Opht. Soc. of the U.K.* 44, 38, 1924 ; 51, 203, 1931.
57. MORGAN (G.) et SYMONDS (C. P.). — Ophthalmoplegia with absent tendon reflexes. *Guy's Hospital Rep.*, 77, 13, 1927.
58. NIELSEN (J.) et STEGMAN (L.). — A case of non-syphilitic pupillary inaction, with evidence of vegetative imbalance. *Arch. of Neurol. and Psych.*, 16, 957, 1926.
59. NONNE. — La réaction myotonique à la convergence des pupilles immobiles à la lumière. *Neurol. Zentralbl.*, 21, 1000, 1902.
60. OLOFF (H.). — *Klin. Monat. f. Augenheilk.*, 53, 993, 1914.
61. PAGNIEZ (Ph.) et PASTEUR VALLÉRY-RADOT. — Etude par la méthode graphique d'un cas d'aréflexie tendineuse. *Soc. Méd. Hôp.*, 6, 7, 1917.
62. PETIT (Georges) et DELMOND (J.). — Syndrome d'Adie et syndrome neuro-anémique à type de psychose polynévritique. *Ann. Méd.-Psych.*, janvier 1936.
63. PETIT (G.) et DELMOND (Jacques). — Syndrome d'Adie, anémie et parkinsonisme fruste, au cours d'une confusion mentale subaiguë avec lymphocytose rachidienne. *Ann. Méd.-Psych.*, février 1936.
64. PILTZ. — *Neurol. Zentralbl.*, p. 40, 1893. *Ibid.*, p. 347, 1919.
65. REITSCH (W.). — *Klin. Monatschr. f. Augenheilk.*, 74, 159, 1925.
66. RENAUD (Maurice) et MIGET. — Modifications pupillaires indépendantes de la syphilis. *Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp.*, p. 869, 1932.



67. SAENGER (A.). — Ueber die Bezeichnung « myotonische Pupillenbewegung ». *Neurol. Zentralbl.*, 21, 1137, 1902.
68. SCHILDER (Paul). — *New-York Neurol. Soc.*, 8 mai 1934). Discussion.
69. STRASSBURGER (J.). — Lenteur à l'accommodation et à la convergence. *Neurol. Zentralbl.*, 21, 738, 1052, 1902.
70. SUBIRANA (A.). — El síndrome de Adie. *Archivos de Neurobiologica*, 15, 93, 1935.
71. WEILL (G.) et REYS (L.). — Sur la pupillotonie. *Rev. d'Oto-neuro-ophtalmologie*, 4, 433, 1926.
72. WEBER (F. P.). — Dr Markus's original case of Markus's syndrome (« myotonic » pupils with absence of patellar and achillean reflexes). *Proc. Roy. Soc. Med.*, 26, 530, fév. 1933.
73. WILBRAND (H.) et SAENGER (A.). — *Die Neurologie des Auges*, p. 1024, 1906.

## ARÉFLEXIES TENDINEUSES

74. ADIE (W. J.) et GREENFIELD (J. G.). — Dystrophie myotonique, myotonie atrophique. *Brain*, 46, 73, 1923.
75. BARNES (Stanley). — A myopathic family. *Brain*, 55, 1, 1932.
76. BOGAERT (Ludo van) et BORREMANS. — *Soc. de Neur.*, 3 nov. 1932.
77. BRUN (R.), de Zürich. — L'aréflexie tendineuse congénitale, sa signification théorique et pratique. *Archives suisses de Neurol. et Psych.*, 34, 12, 1934.
78. DUCOSTÉ (Maurice). — Un cas d'aréflexie généralisée. *Revue Neurol.*, 2, 403, 1926). — BOURGUIGNON (G.). — *Ibid.*
79. DUPUY (Louis). — De l'absence des réflexes achilléens et des réflexes rotuliens, sans autre signe d'affection du système nerveux. *Nouv. Icon. de la Salpêtrière*, 25, 153, 1912.
80. DUMOLARD, REBIERRE et QUELLIEN. — Inhibition, variabilité, instabilité des réflexes tendineux. *Rev. Neurol.*, 2, 139, 1916.
81. DUMOLARD et al. — *Rev. Neurol.*, 2, 747, 1916.
82. DUMOLARD et al. — *Rev. Neurol.*, 2, 304, 1917.
83. FRIEDMANN (A. P.). — Areflexia totalis congenita. *Archiv. f. Psychiatrie*, 91, 674, 1930.
84. GUIRAUD (Paul) et Mlle DEROMBIES. — Un cas de maladie familiale de Roussy-Lévy avec troubles mentaux. *Ann. Méd.-Psych.*, 1, 224, fév. 1934.
85. GUIRAUD (P.) et DE AJURIAGUERRA (J.). — Aréflexie, pied creux, amyotrophie, Argyll et troubles mentaux. *Ann. Méd.-Psych.*, fév. 1934.
86. POPOW (N. A.). — *Rev. Neurol.*, 2, nov. 1932.
87. REDLICH. — *Wiener klin. Woch.*, 37, 1033, 1924.
88. ROSETT (J.). — Myotonia congenita, Thomsen's disease. *Brain*, 45, 1, 1922.
89. ROUSSY (G.) et Mlle LÉVY (G.). — Sept cas d'une maladie familiale particulière. *Rev. Neurol.*, avril 1926. A propos de la dystasie aréflexique héréditaire. *Rev. Neurol.*, 2, 763, 1934.
90. STERLING (W.). — *Rev. Neurol.*, 2, 171, 1933.
91. STROHMAYER (W.). — *Neurol. Centralbl.*, 28, 418, 1919.
92. VAN GEHUCHTEN (Paul). — L'abolition des réflexes tendineux dans les tumeurs du IV<sup>e</sup> ventricule. Contribution à l'étude du mécanisme des réflexes tendineux. *J. de Neurol. et de Psych.*, 30, 201, 1930.

## SYNDROMES PSYCHO-ANÉMIQUES

93. BARRETT (A. M.). — Mental disorders and cerebral lesions associated with pernicious anemia. *American J. of Psychiatry*, 69, 1063, 1913 ; *ibid.*, 1914.
  94. BIRULJA. — *Neurol. Centralbl.*, p. 695, 1894.
  95. BONHOFFER. — Ueber psychische Störungen bei anämischer Prozessen. *Berliner klin. Wochenschr.*, 2, 2357, 1911.
  96. BOWMANN (Karl M.). — Psychoses with pernicious anemia. *American Journal of Psychiatry*, 92, 371, sept. 1935.
  97. DAVISON (Charles) et SELBY (N. E.). — Hypothermia in cases of hypotalamic lesions. *Arch. of Neurol. and Psych.*, 35, 570, mars 1935.
  98. GOLDKUHL (Erik). — Ueber Psychosen bei perniziöser Anämie. *Acta psychiatrica et neurologica*, 9, 28, 1934.
  99. LHERMITTE, WORMS et AJURIAGUERRA. — Syndrome neuro-anémique et altérations diencephaliques infundibulo-tubériennes. *Réunion neurologique internationale*, juin 1934. In *Rev. Neurol.*, 1934.
  100. MARTRILLE (Mlle D.). — Sur quelques cas de paraplégie associés à des syndromes mentaux. *Thèse Paris*, Jouve, 1931.
  101. MATHIEU (Pierre). — Les syndromes neuro-anémiques. *Th. Paris*, 1925.
  102. PAVIOT et DECHAUME (J.). — Syndrome neuro-anémique avec lésions diencephaliques. *Bull. Acad. Méd. Paris*, 109, 102, 1933.
  103. PETIT (G.). — Encéphalite épidémique ayant débuté par un syndrome hébéphrénocatatonique. Parkinsonisme précoce avec crises de rire et pleurer spasmodiques, rythmiques, sueurs de sang. *Soc. de Psych. de Paris*, 15 déc. 1921.
  104. PETIT (G.) et MARTRILLE (Mlle D.). — Anémie, paraplégie et syndrome hébéphrénocatatonique. *Ann. Méd.-Psych.*, février 1931.
  105. PETIT (G.). — Sur la fréquence des syndromes infundibulo-tubériens en psychiatrie. XXXVIII<sup>e</sup> Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes, Lyon, juillet 1934. C.R. Masson, éd. Paris, p. 315.
  106. PFEIFFER (J. A. F.). — Neuropathological findings, a case of pernicious anemia with psychical implication. *J. of Nerv. and Ment. Dis.*, p. 75, 1915.
  107. PICKETT (W.). — Mental symptoms associated with pernicious anemia. *American J. of Med. Science*, p. 1032, 1904.
  108. RANSOHOFF. — *Deutsche Zeitdchr.*, F. Nervenheilk., 1896.
  109. RICCITELLI (L.). — Nouvelles recherches expérimentales sur les centres diencephaliques régulateurs des fonctions végétatives. *Rev. di Patol. Nerv. et Mentale*, 45, 499, mai-juin 1935.
  110. SCHWAB (Sidney I.) et SCHWAB (Robert S.). — *Arch. of Neurol. and Psych.*, 35, 126, janvier 1936.
  111. WEILL (P. E.) et CAHEN (R.). — Désordres mentaux au cours de l'anémie pernicieuse. Les syndromes psycho-anémiques. *Presse Médicale*, 28 juillet 1928.
  112. WOLTMANN (H. W.). — The mental changes associated with pernicious anemia. *American J. of Psychiatry*, p. 435, janvier 1924.
-

# EXAMEN AUDIOMETRIQUE DE MALADES PRÉSENTANT DES HALLUCINATIONS AUDITIVES VERBALES

PAR

FERDINAND MOREL (1)

L'historique de la question « Audition et Hallucination auditive verbale » ne sera pas abordé dans cette note, qu'il surchargerait inutilement.

Toutefois, en parcourant les travaux relativement nombreux sur ce problème à deux données essentielles, je n'ai pas constaté que l'audiométrie ait jamais encore été utilisée. Aussi cette étude est-elle peut-être, à ce point de vue, purement technique, la première en son genre.

J'ai utilisé, pour l'examen de mes malades, l'audiomètre Type G II, de E.-B. Meyrowitz à Paris.

Cet appareil produit des sons dépouillés d'harmoniques supérieurs et correspondant aux neuf fréquences suivantes : 64, 128, 256, 512, 1.024, 2.048, 4.096, 8.192 et 12.288 V. D. à la seconde.

Un potentiomètre gradué permet d'augmenter ou de diminuer l'intensité de ces sons sur une échelle qui s'étend de l'intensité — 25 à + 95 décibels (2).

Les excitations sonores, d'intensité et de fréquence connues, sont transmises soit par voie aéro-tympanique à l'aide d'un

(1) Travail de la Clinique psychiatrique. Bel-Air, Genève. Directeur : Professeur Ch. Ladame.

(2) Le décibel est un dixième de bel. Le bel peut être défini de la façon suivante : lorsque l'intensité d'un son est 10 fois une autre intensité, on dit que ces intensités diffèrent entre elles d'un bel. Lorsque la proportion physique est 100 : 1, elles diffèrent de 2 bels, et ainsi de suite.

écouteur uni-auriculaire avec amortisseur pneumatique, pour supprimer toute possibilité de conduction osseuse, soit par voie osseuse à l'aide d'un vibreur.

Le malade à examiner tient dans sa main un interrupteur électrique, qui lui permet d'indiquer par un signal lumineux l'instant précis où commence pour lui la sensation auditive.

Les seuils de l'audition peuvent être fixés soit en montant l'échelle des intensités, au moment de l'apparition de l'audition, soit en descendant, au moment de sa disparition. Les temps d'exposition d'une excitation donnée peuvent être allongés autant que l'on veut. Les excitations elles-mêmes peuvent être répétées aussi souvent que l'on veut.

Grâce à ces différentes possibilités, j'ai pu déterminer pour la conduction osseuse et pour chaque oreille de mes malades les plus petites intensités sonores nécessaires pour être entendues. Le seuil se plaçait à l'endroit de l'accumulation de nombreuses réponses. Les seuils établis pour les neuf fréquences allant de 64 à 12.288 V. D. constituent les audiogrammes.

Mais je ne me suis pas borné à prendre de simples audiogrammes, comme s'il s'agissait de l'examen de l'audition chez des individus par ailleurs normaux. J'ai noté également les accidents de l'audiométrie, qui sont une des caractéristiques les plus intéressantes de cette catégorie de malades. D'autant plus qu'il est extrêmement malaisé avec les procédés habituels de l'examen aux diapasons d'observer précisément cette espèce d'accidents de l'audition. C'est donc non seulement de l'acuité auditive qu'il s'agit, mais en somme du comportement de ces malades en présence d'un appareil précis et sensible, permettant des excitations sonores variées maniables et dosables.

J'ai examiné — ou du moins cherché à examiner — 34 malades, présentant actuellement, ou ayant présenté de façon indubitable des hallucinations dites auditives verbales. Chez trois de ces malades, tous trois paralytiques généraux, je n'ai pu obtenir suffisamment de réponses valables ; aussi n'en ai-je pas tenu compte. Par contre, les 31 autres malades, 17 femmes et 14 hommes, se sont montrés, à des degrés divers, susceptibles d'un examen précis et même très précis.

Au point de vue de la forme clinique de leur affection psychiatrique, ces 31 malades se répartissent de la façon suivante : des 17 femmes, une présente un délire hallucinatoire auditif subaigu, probablement d'origine alcoolique ; les 16 autres sont atteintes d'une psychose hallucinatoire chronique absolument

typique, ancienne de quelques mois à plusieurs années. Parmi les hommes, 6 présentent un syndrome relativement pur de psychose hallucinatoire chronique, au début chez les uns, déjà ancien chez les autres. Sept sont des déments précoces, avec des automatismes pathologiques multiples, dont des hallucinations verbales. Un dernier enfin est atteint d'un délire auditif subaigu d'origine alcoolique.

Tous ces malades ont entre eux ceci de commun, qu'ils présentent le syndrome de l'hallucination verbale, avec les particularités cliniques propres à chacune des étiologies différentes.

Je me suis efforcé de ne retenir pour cet examen audiométrique que des hallucinés jeunes, afin d'exclure, dans la mesure du possible, les altérations de l'ouïe dues à un âge avancé. Le plus jeune a 29 ans, le plus âgé 66. Mais ce dernier âge est exceptionnel ; presque tous ont entre 30 et 50 ans.

A part trois ou quatre, ayant eu une affection otologique, et sur lesquels j'aurai à revenir, aucun de ces malades n'avait à se plaindre de bruits entotiques, soit musculaires, soit vasculaires. Je voulais avoir affaire à des hallucinations verbales cliniquement pures, c'est-à-dire non compliquées au point de vue auditif. Aussi me suis-je adressé de préférence à des malades sans passé otologique, et présentant actuellement, et à un premier examen, une audition apparemment normale.

Voici, du reste, l'ordre dans lequel se passaient les différents temps de l'examen. Les oreilles étaient examinées. Les amas de cérumen, plus ou moins occlusifs, étaient relativement rares (un sur dix malades) ; les corps étrangers étaient plus rares encore. Après lavage, examen des tympans et, trois ou quatre jours après, c'est-à-dire lorsque l'hypérémie du lavage avait disparu, prise de l'audiogramme.

Chez un assez grand nombre de ces malades, l'audiométrie avait été précédée d'un examen aux diapasons. A part trois ou quatre exceptions, sur lesquelles je reviendrai, je me trouvais en présence d'individus sans aucune latéralisation du Weber, ayant un Rinne positif des deux côtés, et une audition, soit par conduction osseuse, soit par voie aéro-tympanique approximativement égale entre la gauche et la droite, et apparemment normale.

Il est vrai que l'examen de la voix chuchotée pouvait parfois mettre en évidence une insuffisance disproportionnée avec les résultats de l'audition, telle qu'elle apparaissait à la recherche instrumentale. Et même la voix haute, brusquement, de façon inopinée, et du reste, toute passagère, n'était parfois pas entendue, du



moins pas comprise. Les choses se passaient exactement comme si une brusque et très brève surdité verbale s'installait l'espace de quelques fractions de secondes.

C'est dans ces conditions exactement que j'ai entrepris ces examens audiométriques, dont je vais maintenant donner les résultats.

La courbe des seuils d'audition ne passe pas au-dessous de la courbe, telle qu'elle a été établie avec le même appareil sur des sujets normaux. Autrement dit, il n'y a pas d'hyperesthésie, d'hyperacousie, dans le sens d'un abaissement des seuils de l'audition. Il y a donc lieu d'abandonner complètement la croyance à l'hyperesthésie auditive des sujets souffrant d'hallucinations auditives verbales.

D'autre part, et pour autant que les constantes de l'appareil dont je me suis servi n'ont pas subi de modifications (1), on ne note pas d'hypoesthésie auditive. Un passé, même déjà fort ancien, d'hallucinations verbales ne s'accompagne pas à la longue d'une baisse de l'audition. Si une partie du champ sonore devait, dans quelques-uns de nos cas, paraître un peu diminué, c'est la région des aigus. En effet, on observe une élévation de leurs seuils pour les fréquences 8.192 et 12.288. Il est vrai que les sujets qui présentent cette particularité sont parmi les plus âgés de notre série, ce qui n'a rien d'étonnant, puisque l'on admet que pareille régression est courante avec la progression de l'âge.

Enfin, je n'ai remarqué aucun scotome, aucun trou stable du champ sonore chez ces malades. Leur audiogramme ne présente aucune déformation. Il a l'allure d'un audiogramme normal.

Ainsi donc, il est possible de résumer nos premières constatations de la façon suivante :

S'il n'y a pas d'affection de l'oreille externe ou interne, unilatérale ou bilatérale, venant compliquer l'affection cérébrale, on trouve une audition normale et symétrique dans les syndromes d'hallucinations dites auditives verbales.

L'affection otologique de nature à modifier l'acuité auditive, ou du moins à déplacer les seuils de l'audition tant aéro-tympanique qu'osseuse, ne fait pas partie intégrante du syndrome hallucination auditive verbale.

(1) Pareille modification paraît exclue par un contrôle de l'appareil, que nous avons fait faire à la fin de nos recherches.

Jusqu'ici, il n'a été question que de l'audition d'hallucinés en dehors de l'état hallucinatoire. Mais il y a lieu maintenant d'examiner cette audition au moment même de l'hallucination, de retrouver la perturbation au cours de l'audiométrie apportée par l'hallucination elle-même, son action de présence sur l'audiogramme.

Alors que le seuil d'audition d'une intensité sonore donnée a été établi, il arrive tout à coup que ce seuil puisse être atteint, et même dépassé, sans que le malade paraisse entendre. Puis, brusquement, l'audition reparaît, et l'ancien seuil se retrouve : le malade a été troublé par une hallucination verbale. Certains signes extérieurs, comme des mouvements de la région glottique ou le remuement des lèvres nous l'avait parfois laissé deviner, mais chaque fois nous en avons eu la confirmation la plus nette, par une mention explicitée ou encore par une description plus ou moins complète de suite après sa production.

La durée de ce phénomène peut être très brève, n'être que de quelques fractions de secondes. Il peut se répéter, par accès, et modifier, momentanément, toute une partie de l'audiogramme, qu'à un autre moment on pourra retrouver complètement normal. Il arrive du reste que les automatismes pathologiques subintrants constituent un véritable état hallucinatoire, au point que toute audiométrie doit être abandonnée, quitte à la reprendre dans des conditions parfaites de calme quelques heures plus tard.

Qu'il s'agisse d'un véritable état, d'un accès ou d'une hallucination verbale isolée, très fugace, l'audiométrie s'en trouvera affectée. Elle présentera des irrégularités, des ratés. C'est comme une claudication intermittente de l'audition, qui se marque sur l'audiogramme par une élévation anormale d'un seuil, par ci par là, au-dessus des seuils habituels. Cette superposition de seuils est le trait caractéristique d'audiogrammes pris dans de telles conditions.

Du reste, en examinant aux diapasons ces mêmes malades, il m'était arrivé à deux ou trois reprises d'observer que l'un ou l'autre, brusquement, disait cesser d'entendre, puis d'entendre à nouveau, au bout de 5 ou 10 secondes, bien que l'intensité soit allée en diminuant. Ainsi le malade Gu., qui, de l'oreille droite, entendait le 128 V.D., ne l'entend plus à la 85<sup>e</sup> seconde, fait quelques mouvements de la face, pour « chasser une idée », comme il dit, puis il entend à nouveau jusqu'à la 110<sup>e</sup> seconde, qui est la limite de son audibilité. Il y avait exactement un trou dans la sensation, une parenthèse ouverte et fermée, une anes-

thésie lacunaire. A celle-ci correspondait un automatisme pathologique, nettement explicité par le malade lui-même, dès que l'audition du diapason avait repris.

A l'audiomètre, ces ratés se manifestent de différentes façons, selon que l'intensité de l'excitation reste stable, ou qu'elle varie, soit en descendant, soit en montant. En intensité stable on peut voir réapparaître une sensation absente. Par exemple le malade Gr., à la cessation d'une hallucination verbale, entend brusquement une intensité sur laquelle nous étions arrêtés, et il continue à l'entendre diminuer jusqu'au seuil.

Il est vrai qu'habituellement, lorsque l'on diminue les intensités, et qu'il se produit une hallucination verbale précisément à cet instant, le malade ne signale pas la cessation de l'audition, et l'on peut continuer à descendre, franchir le seuil normal, le dépasser, et tomber à une intensité nulle, sans qu'à aucun moment il ait indiqué la cessation de son audition.

A la montée, au contraire, la suppression passagère de l'audition, ou plus exactement sa réapparition, se marque par des points aberrants plus ou moins élevés, constituant comme une frange irrégulière au-dessus du tracé des seuils habituels de l'audition.

Cette frange est sans rapport de dépendance avec le tracé de l'audiogramme, en ce sens qu'elle peut varier indépendamment de celui-ci. Le malade fera toujours le même tracé, mais jamais la même frange. Elle peut faire défaut un jour, et réapparaître le lendemain ou affecter tel jour surtout l'audiogramme gauche et tel jour le droit, ou surtout la région des sons graves ou celle des aigus (fig. 1 et 2).

Tout au plus ai-je trouvé cette frange un peu plus fréquente dans la région des sons aigus de l'audiogramme. Peut-être faut-il en chercher la raison dans ce fait, que toujours l'audiométrie commençait pour les sons graves, tant pour l'oreille gauche que pour la droite, qu'il y avait une accommodation très spéciale à une situation toute nouvelle, excluant, semble-t-il, les automatismes pathologiques, lesquels ne commençaient à apparaître qu'au cours de l'audiométrie, pour pulluler, dans certains cas, à la fin.

La qualité elle-même du son ne semble pas être la cause de ce pullulement des automatismes pathologiques que sont les hallucinations verbales. Il est vrai que parfois certains sons étaient de nature à provoquer des réactions spécifiques. Différents malades ont trouvé, par exemple, que le 4.096 ou le 8.192 « faisait rire ». Bien d'autres ont mis en branle une idéation à la suite

immédiate d'une fréquence donnée. C'est par cette voie détournée de l'idéation et de son écho, qui n'est pas autre chose que l'hallucination verbale, que l'on peut imaginer partiellement le mécanisme de l'action du son élémentaire sur l'hallucination verbale.

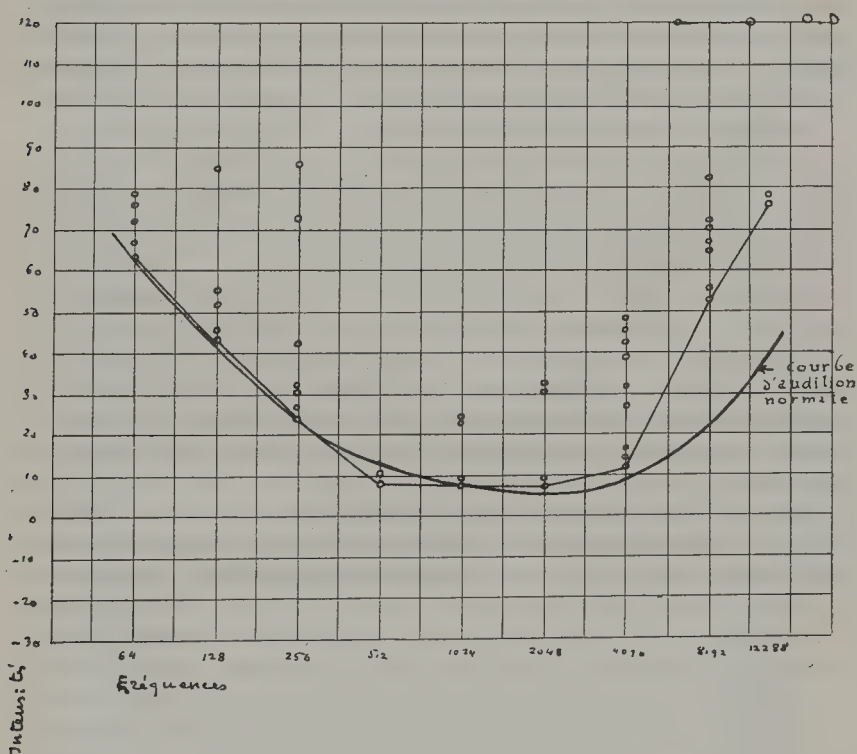


FIG. 1.

Ca., 53 ans. — Audiogr. du 1-11-35.

Enervement. Hallucinations verbales subcontinues. Une voix, toujours la même, l'appelle par son nom à chaque instant. Prétend ne pas entendre de son à cet instant.

○ Très nombreux seuils superposés.

Mais si l'action directe de l'un sur l'autre nous échappe, du moins les particularités audiométriques laissent-elles entrevoir la possibilité d'utiliser l'un, comme terme de comparaison et même comme mesure de l'autre.

Les fréquences, c'est-à-dire les hauteurs de sons produits par l'audiomètre, sont-elles en quelque mesure comparables à ce que l'on pourrait appeler, de façon un peu imagée, la hauteur du son

des hallucinations verbales ? Non. Il n'y a pas de commune mesure entre ces deux ordres de phénomènes, qui, du reste, ne s'influencent pas l'un l'autre. Par exemple, on ne voit pas plus de « voix » graves ou d'hommes se produire au moment des basses fréquences, que des hautes, et inversement. Au point de

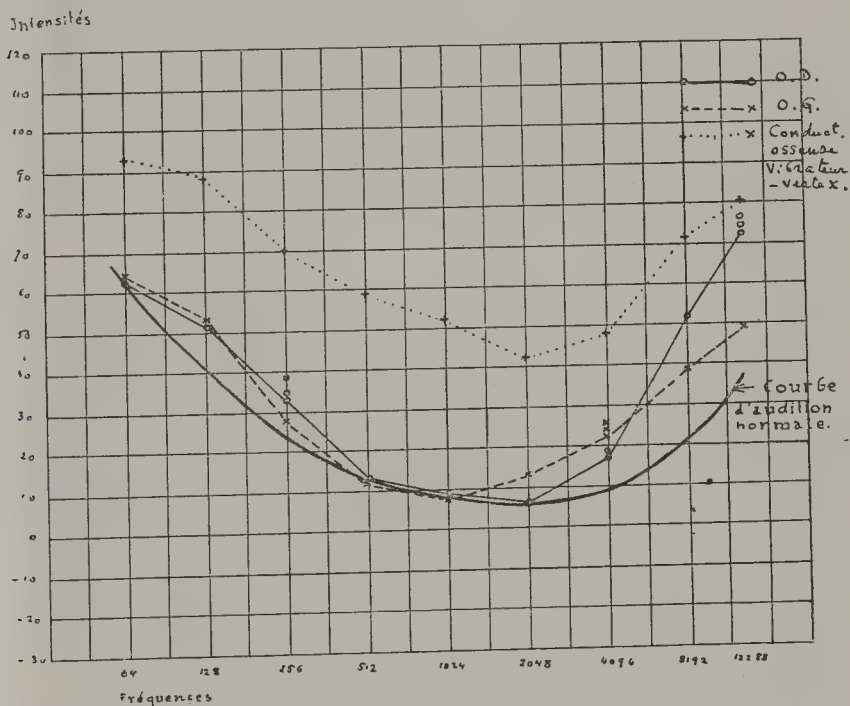


FIG. 2.

Ca., 53 ans. (Même malade que fig. 1). — Audiogr. du 5-11-35.

La malade est parfaitement calme. Pas d'hallucinations verbales au cours de la séance.

Très peu de seuils superposés, lesquels du reste sont dans les limites normales.

vue qualité sonore, ces deux ordres ne se comparent pas entre eux. Il en est tout autrement des bruits entotiques, et sur ce point la différence est parfaitement nette entre « voix » et bruits subjectifs, ces derniers étant souvent comparés à des hauteurs de son données. En effet, tel malade, en entendant par exemple le 4.096 reconnaît immédiatement la hauteur de son sifflement, ou tel autre, dans le 1.024, retrouve celle de son bourdonnement. Mais pour leurs « voix » je n'ai jamais noté pareille



comparaison. Et lorsque l'on cherche à les inciter à comparer ils s'en montrent incapables.

L'intensité, la force des sons produits par l'appareil se compare-t-elle mieux avec l'intensité des « voix » ? « Laquelle des deux est la plus forte ? » semble être une question mal posée, ne comportant pas de réponse. Une malade (Ja.), qui eut plusieurs hallucinations au cours de l'examen audiométrique, entendit une voix d'homme en même temps que la fréquence 512 V.D. à l'intensité de 15 décibels, qui est l'intensité liminaire normale, et elle trouva qu'ils étaient « de la même force ». Mais dans la règle, les malades ne donnent que des réponses vagues, peu affirmatives ; ils ne comparent pas, déclarent la chose impossible. Plusieurs donnent comme raison, que les deux intensités s'excluent.

Il semble, en effet, y avoir comme une compétition entre les « voix » et le son de l'audiomètre, compétition dans laquelle ce sont les « voix » qui l'emportent le plus souvent : ce sont elles qui sont écoutées, et qui élèvent le seuil de l'audition du son élémentaire.

On peut se demander si précisément dans cette élévation de seuil on n'a pas une mesure indirecte de l'intensité de l'hallucination auditive verbale. L'intensité hallucinatoire se mesurerait à la hauteur au-dessus du seuil habituel, à laquelle il serait nécessaire d'élever l'intensité du son élémentaire, pour que l'audition réapparaisse. La différence d'intensité entre ces deux seuils, exprimée en décibels, serait une façon indirecte, détournée, d'évaluer l'intensité du processus hallucinatoire, ou son importance. Et si tel est le sens à donner à la différence entre des seuils superposés, on peut dire que les hallucinations verbales, pour un seul et même individu, varient considérablement d'intensité en l'espace de quelques minutes. Cette variation serait de l'ordre de 10, 20, 30 décibels et même plus, exprimée en intensité d'excitation sonore.

Il est du reste probable que l'intensité d'une hallucination verbale aussi brève que l'on voudra, est loin d'être elle-même stable, comme l'est une intensité stabilisée. Et ici encore, nous nous trouvons en présence d'un incommensurable.

Si l'on cherche, en tenant compte à la fois des ratés dans l'audiogramme et des indications des malades eux-mêmes, à se faire une idée un peu plus précise de cette compétition, on voit d'un côté l'hallucination dite auditive verbale, mais sans caractères proprement sonores bien nets, et de l'autre un trouble passager de l'audition, visible à l'élévation du seuil correspon-

dant. Ce trouble consiste-t-il en une abolition totale de l'audition ? Faut-il admettre pendant l'hallucination un silence absolu, une insensibilité totale pour toute excitation sonore se produisant à cet instant ? Il ne le semble pas. C'est plutôt une gêne de l'un par l'autre, c'est-à-dire de l'audition par l'hallucination.

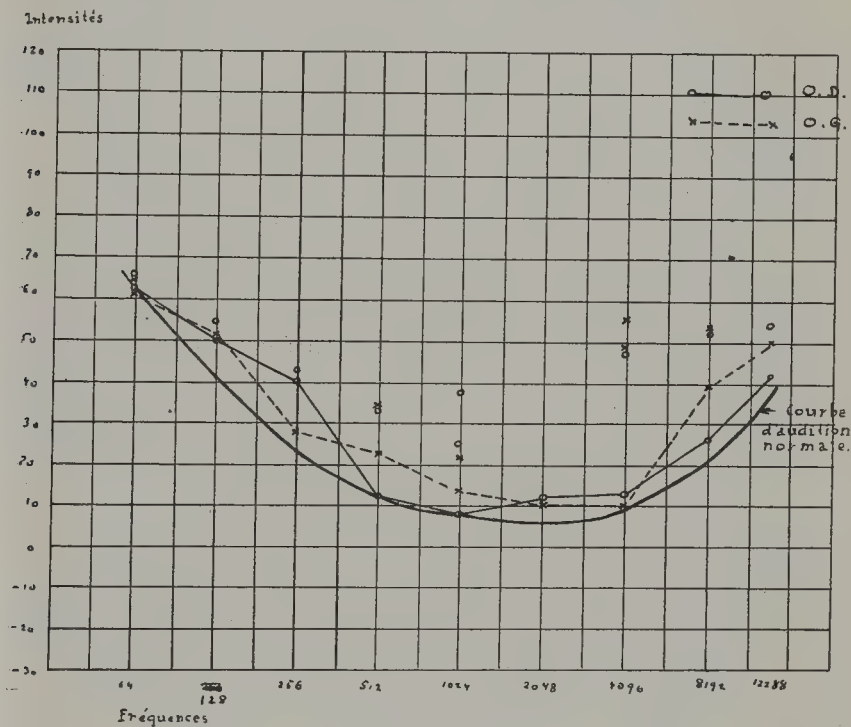


FIG. 3.

Cu., 42 ans. — Automatismes verbo-acoustiques et hallucinations verbales explicitées, ○ pendant l'audiogramme droit, X pendant l'audiogramme gauche.

« La voix est plus forte que le son, lorsque les deux se produisent en même temps ; la voix couvre », nous disait une malade (Ca.). — « On ne peut prêter attention aux deux choses à la fois », déclarait le malade Gu. Un troisième malade (Cur.), souffrant d'hallucinations verbales subintrantes au cours de la prise de son audiogramme, lequel présente une frange très large, prétendait « donner la préférence aux voix, lorsqu'elles viennent en même temps que le son musical ». Et, en fait, il en résultait un décalage du seuil de l'audition allant jusqu'à 45 décibels (fig. 3).

De ce point de vue, il faut, semble-t-il, se représenter l'hallucination comme l'empêchement d'une fonction normale en cours, telle l'audition d'un son périodique simple. Mais cet empêchement de l'audition élémentaire, mise en évidence par l'audiométrie, n'est probablement qu'un cas particulier de cet empêchement qui se retrouve dans l'exercice de fonctions plus complexes : l'audition et la compréhension verbales. L'hallucination verbale, en effet, peut s'accompagner de façon indéniable d'une très brève surdité verbale. Cette surdité verbale fugace est d'observation courante, si non de la part du médecin, du moins de la part de certains malades. Et ce n'est pas seulement de la surdité verbale que l'on peut constater, mais également de la surdité corticale, de l'agnosie auditive, le malade étant dans l'incapacité momentanée de reconnaître et d'identifier des bruits familiers. La claudication cérébrale intermittente, fugace, n'affecte pas que l'audition élémentaire, comme l'indique l'audiogramme avec ses seuils superposés, mais également les formes plus élaborées de l'audition : audition verbale et agnosie auditive.

Cette claudication n'est pas produite par les seules hallucinations auditives verbales, les « voix » comme disent les malades. J'ai vu d'autres automatismes cérébraux pathologiques, dont la composante soi-disant auditive était encore moins importante que dans l'hallucination verbale, et qui modifiaient eux aussi un audiogramme. Par exemple une malade (He.), dont l'automatisme est particulièrement moteur (scansion syllabique frappée par la main ou par le pied), présente brusquement sur la fréquence 4.096 des seuils superposés, étagés sur une largeur de plus de 30 décibels. Ou encore cette autre malade (Bo.), qui subitement, éprouvait un « engourdissement » du côté droit de la mâchoire inférieure avec sensation qu'on « l'empêche de causer » et élévation passagère de 20 et 25 décibels au-dessus de son seuil normal d'audition (fig. 4).

Il est remarquable de noter que jamais les malades présentant des hallucinations verbales non compliquées d'une affection otologique n'indiquaient d'audition *sous* le seuil normal. Ce fait peut s'interpréter, semble-t-il, de la façon suivante : Au point de vue de la sensation auditive élémentaire, l'hallucination verbale ne fait que du négatif, un trou, une hypoesthésie ou une anesthésie passagère. Elle ne fait rien de positif, qui soit de nature à être confondu avec une des neuf fréquences situées entre 64 et 12.288 V.D., et qui vienne se marquer *sous* le seuil normal.

Les choses se passent différemment, lorsque les hallucinations verbales se compliquent de bruits entotiques. Ainsi j'ai eu la bonne fortune de pouvoir prendre l'audiogramme d'une malade (Je.), atteinte à la fois d'une otospongiose et d'une psychose hallucinatoire chronique avec hallucinations verbales

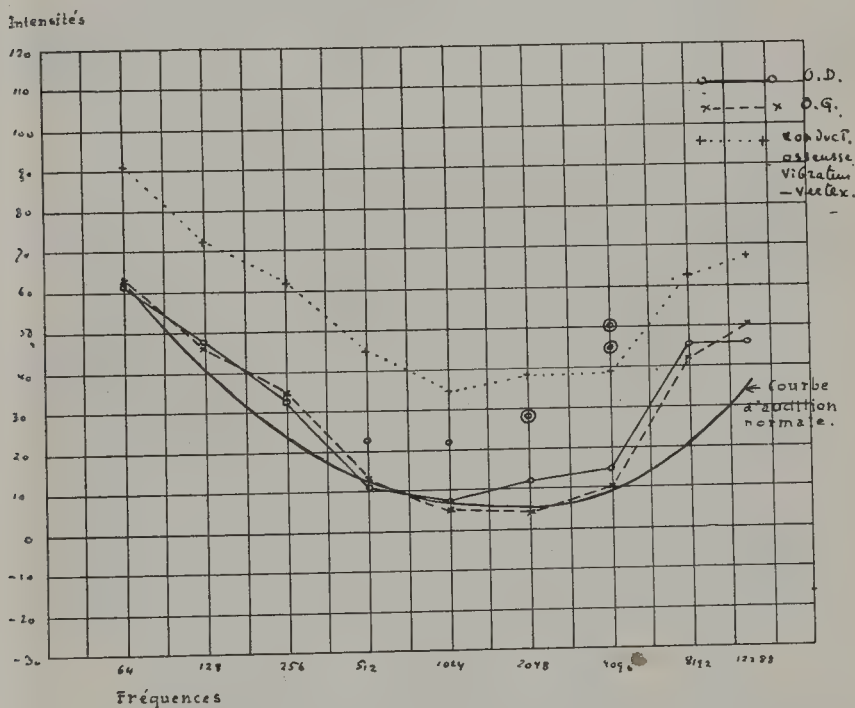


FIG. 4.

Bo., 59 ans. — ⊗ correspondent à sensation d'engourdissement du bord droit de la mâchoire inférieure et de gêne pour parler.

d'une grande intensité. Or, son audiogramme présentait cette particularité, qu'en plus des seuils superposés, comparables à ceux des hallucinés verbaux, il comportait de nombreuses indications d'audition sous le seuil normal. Ces dernières correspondaient non à des hallucinations verbales, mais à des bruits entotiques, qui gênaient fort la malade, et qu'elle était souvent dans l'incapacité de discerner des excitations venant de l'audiomètre, en particulier des hautes fréquences. Ces bruits entotiques, qu'elle imitait en faisant *dji*, apparaissaient selon un certain rythme, et étaient signalés également rythmiquement par la

malade en l'absence de toute modification d'intensité, et, du reste, bien en-dessous de son seuil d'audition (fig. 5).

Il y a dans cette particularité un élément de discrimination entre ces deux séries de phénomènes parasites, de mécanisme

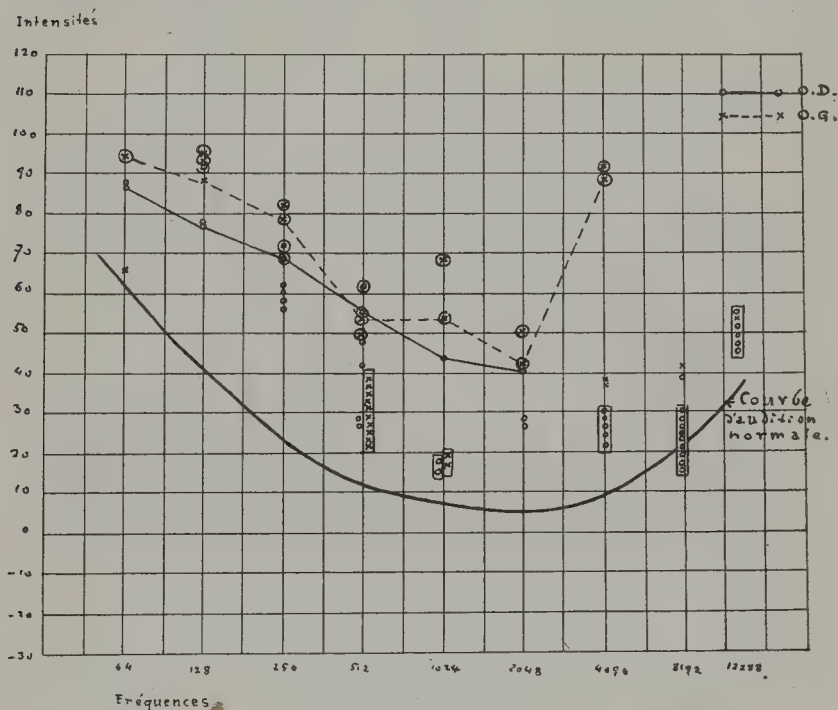


FIG. 5.

Je., 62 ans. — Otospongiose et psychose hallucinatoire chronique. Automatismes verbo-acoustiques ; hallucinations verbales. (O) pendant audiogr. dr., (X) pendant audiogr. g.

Indications rythmées de bruits entotiques, sous le seuil et même en l'absence de toute excitation sonore.

Difficulté de fixer un seuil à cause de ces phénomènes parasites de deux ordres différents.

absolument différent, et qu'on a trop tendance à confondre : hallucinations auditives verbales et bruits entotiques.

Il est enfin un dernier point que ces recherches nous ont fait aborder, celui de l'inégalité de l'ouïe entre les deux côtés et les hallucinations verbales, en particulier leur soi-disant latéralisation. En effet, deux de nos malades présentaient avec toute la netteté désirable la combinaison de surdité unilatérale et d'hallucinations auditives verbales.



Le malade Pf., depuis 7 ans, a des hallucinations verbales dans sa poitrine, mais aussi à l'oreille, tant gauche que droite. Il y a deux ans, à la suite d'une otite grippale gauche et d'un évidement mastoïdien, baisse de l'ouïe à gauche et apparition d'un bruit subjectif, qu'il compare à la percussion d'un tonneau vide. A l'audiogramme, il y a une différence de 20 à 30 décibels entre l'oreille gauche et la droite, au détriment de la gauche. Or, l'affection otologique semble n'avoir modifié en rien ni la force ni le timbre des hallucinations verbales, qui n'ont subi aucune latéralisation.

La malade Ra., à la suite d'une ancienne affection de l'oreille gauche, dont il subsiste une assez grosse perte de substance du tympan, présente une latéralisation du Weber à gauche et à l'audiogramme une grosse différence de l'audition, l'oreille droite montrant une élévation générale de 10 à 15 décibels au-dessus de la normale, alors que la gauche se tient très en-dessus, au-dessus même du tracé de l'audition par conduction osseuse au vertex. Mais l'audiométrie met en évidence cette particularité que pour la meilleure oreille les écarts sont minimes, de 4 ou 5 décibels au plus, avec des séries de réponses identiques, alors que du côté gauche les écarts sont plus considérables, et qu'il n'y a jamais deux réponses identiques à la suite l'une de l'autre. Or, cette malade fait une sorte de latéralisation de ses hallucinations verbales, en ce sens qu'elle ressent très différemment celles de gauche et celles de droite. Elle leur trouve un caractère propre, prétendant que celles de gauche ont un « timbre agréable », qu'elles sont toujours « amicales », lui donnent un sentiment de « sécurité », d'être « protégée ». A droite, au contraire, elles sont plus rapprochées, elles ont un timbre moins agréable, et elles ont quelque chose d'« étranger », ne « correspondant pas à ses pensées ».

De tous nos sujets hallucinés, cette dernière malade est la seule à éprouver une différence aussi accusée entre les hallucinations gauches et les droites. Elle est également celle dont l'audition d'une oreille est aussi différente de celle de l'autre. Mais il y a lieu de bien souligner, qu'à part la localisation plus rapprochée précisément du côté de la meilleure oreille, tous les autres caractères qu'elle prête à ses hallucinations, tant droites que gauches, sont extra-acoustiques, extra-sonores. Et la raison de ces caractères nous échappe. Ils se laissent difficilement ramener à des faits de pure audition, qu'ils débordent amplement. Du reste, tout ce que nous croyons savoir des hallucinations verbales nous incline également à l'admettre.

# ASCARIDIOSE ET PSYCHOPATHIE

PAR

G. GASSIOT et J. LECLERC

« On n'examine pas avec assez de soin s'il y a des vers dans les malades ; de là vient que plusieurs personnes de tout âge, faute d'avoir pris des remèdes ou des préservatifs contre les vers, tombent en langueur sans qu'on sache la véritable cause. » (Nicolas Andry, 1700, cité par le D<sup>r</sup> Moutier).

Ainsi s'exprimait, voici plus de deux siècles, celui qui devait être plus tard Doyen de la Faculté de Médecine de Paris (1724-1726).

Bien avant lui, Hippocrate n'avait-il pas fait une judicieuse observation, quand il disait d'une de ses malades :

« ...Elle avait quelque chose de *maniaque*, mais ayant rendu un ver assez épais et un peu d'excrément, aussitôt elle fut délivrée, elle dormit et se trouva bien portante. » (*Des Epidémies*, livre IV, § 55, trad. E. Littré).

Le sujet n'est donc pas inédit. Il fut traité depuis par des maîtres avertis et expérimentés (1), dans les ouvrages desquels nous avons abondamment puisé. Nous nous en excusons auprès d'eux.

Ce court exposé ne viserait qu'à considérer la remarque de Nicolas Andry par rapport à un cadre particulier : celui des Asiles d'aliénés, sans adopter cependant l'intransigeance de vue de cet esprit combattif qui attribuait aux parasites les méfaits les plus divers et fut surnommé par ses adversaires : « *Homo vermiculosus*. »

Nous voudrions ici montrer l'importance qu'il peut y avoir à dépister les lombricoles chez les malades mentaux et, tout en soulignant chez eux la fréquence de ces parasitoses et leur

(1) Voir Bibliographie, p. 547.

coexistence avec des troubles cénesthésiques, étudier les différentes formes sous lesquelles elles peuvent se présenter, la plus intéressante, mais encore à l'étude, étant sans conteste la psychose ascaridienne.

La difficulté de diagnostic est d'autant plus grande que peu d'affections présentent un polymorphisme aussi accentué que l'ascaridiose et occasionnent des troubles aussi variés dans toutes les sphères.

On ne peut songer à faire une récapitulation aride et peu clinique de tous les signes décrits par les différents auteurs : phénomènes digestifs, vaso-moteurs, nerveux, sensoriels et psychiques qui s'accompagnent d'une atteinte de l'état général et se groupent pour donner différentes formes cliniques : la forme pseudo-dysentérique, l'appendicite à ascarides, la forme typhoïde, la forme pseudo-méningitique, la forme choréique (Bessières, Bouchut), la forme mélancolique.

Il est plus intéressant de rechercher, parmi les symptômes de l'ascaridiose en général, ceux qui se rencontreront le plus souvent chez le psychopathe et pourront donner à sa maladie un aspect spécial.

#### TABLEAU CLINIQUE DE L'ASCARIDIOSE CHEZ LE PSYCHOPATHE

Il faut, avant tout, se représenter les conditions dans lesquelles on se trouve à la maison de santé pour faire ce diagnostic. On ne doit compter, en aucune manière, sur les signes subjectifs. La clinique se bornera ici à observer et à surveiller le malade pour dépister un trouble chez lui, sans attendre qu'il vienne s'en plaindre.

Cet inconvénient doit être prévu pour bien des catégories de malades mentaux. Les imbéciles et les débiles ne prennent pas assez soin de leur personne pour remarquer en eux un phénomène anormal. Les déments sont plongés dans leur autisme et, comme les confus, seraient incapables d'intégrer le concept de maladie, même s'ils en ressentaient les symptômes. Les maniaques n'ont pas le temps de traduire par la parole leur impression de malaise, ou le font d'une façon si touffue qu'elle devient incompréhensible. Quant aux mélancoliques, ils supportent leurs maux en gémissant ou même les acceptent stoïquement en punition de leurs crimes.

Devant les autres catégories : délirants, hallucinés, hypochondriaques, qui peuvent s'analyser et indiquer les caractères de leurs troubles, il faut se garder de commettre l'erreur inverse,

qui consisterait à considérer comme symptômes de l'ascaridiose des signes de leur psychopathie. Il faut, ici, savoir faire une sage discrimination dans leurs plaintes, tout en se souvenant que des hallucinations cénesthésiques, ou étiquetées telles, peuvent correspondre à des troubles réels.

Les signes objectifs devant seuls aiguiller le diagnostic, c'est souvent l'aspect du malade qui attire d'abord l'attention. Il se présente avec un mauvais état général, le teint est jaune, bistré, la langue saburrale avec fétidité de l'haleine. On note de la constipation, avec ou sans coliques, ou une diarrhée rebelle et un amaigrissement notable. Il refuse de s'alimenter et rejette presque instantanément le liquide introduit dans l'estomac par la sonde œsophagienne.

La température est normale ou au-dessous de la moyenne, le pouls ordinairement accéléré, *la tension artérielle est abaissée*.

Les troubles psychiques seront caractérisés au moindre degré par des variations de l'humeur et du caractère qui devient irritable. Ils constituent plus souvent, soit un syndrome de confusion, soit un syndrome mélancolique avec gémissements et parfois *cris de terreur* à prédominance nocturne (1).

En présence de tels phénomènes, il faut songer à une infection ou une intoxication, et en rechercher la cause. Les examens de laboratoire doivent être faits. Les urines ont déjà été analysées ; une prise de sang permettra de faire la réaction de Bordet-Wassermann et le dosage de l'urée. Le liquide céphalo-rachidien est examiné aux points de vue chimique, cytologique et biologique.

Ces recherches étant négatives, c'est alors que doit être envisagée la possibilité d'une parasitose, surtout chez un mélancolique. On peut découvrir des signes accessoires ou assez légers pour être passés inaperçus au cours d'un premier examen chez un malade souvent difficile : prurit nasal, douleurs articulaires, urticaire, troubles oculaires (nystagmus, strabisme, mydriase, iritis, etc.). Mais surtout, dès que l'idée d'ascaridiose est venue à l'esprit, il faut nombrer les éosinophiles dont la proportion sera augmentée (8 à 16 %) et pratiquer l'analyse des selles afin d'y rechercher les œufs du parasite. Ce dernier signe seul est pathognomonique.

Tel est le tableau clinique type qui permettra de diagnostiquer la lombricose. Mais, dans la pratique, il est bien rarement réalisé. Tout d'abord, l'état général peut être moins touché ; les

(1) Dr MOUTIER. — *Journal Médical français*, 1924, p. 372.

ascaris peuvent parasiter un intestin pendant très longtemps (cinq ans) sans occasionner de troubles sensibles et la période de début peut être très discrète. Les troubles digestifs peuvent être moins prononcés et, s'ils existent en même temps que des signes d'infection ou d'intoxication, il faut éliminer *un syndrome urémique*, l'alcoolisme, les shocks traumatiques ou, plus couramment, la phase aiguë d'une psychose.

Nous verrons plus loin que l'ascaridiose coïncide souvent avec la mélancolie ; encore faut-il y songer en présence d'un syndrome mélancolique et une fois le diagnostic établi, rechercher le rôle respectif des vers et de la psychose dans les troubles constatés et lequel de ces deux accidents est le premier en date ou a le plus d'influence sur l'autre.

Si le malade est maniaque, débile ou dément, la difficulté augmente. Il arrive alors, si les signes généraux sont peu marqués, que le diagnostic soit fait par la simple constatation d'un parasite dans les selles.

Dans le plus grand nombre des cas, il nécessite, de la part du médecin psychiatre, une grande perspicacité mise à l'épreuve dans un examen très attentif de tous les symptômes, tant psychiques que physiques, ces derniers ne devant pas être négligés au profit des autres.

Les examens sérologiques du sang et du liquide céphalo-rachidien étant faits systématiquement chez les entrants, nous insisterons sur l'importance de l'étude de la formule leucocytaire. Les services qu'elle peut rendre sont en raison directe de la facilité avec laquelle elle peut être effectuée. Et l'on s'explique mal les raisons pour lesquelles elle est encore si peu répandue dans la pratique courante. Elle pourra montrer ici une éosinophilie qui mettra sur la voie du diagnostic.

Les signes présomptifs en faveur de l'ascaridiose seront : le refus d'alimentation chez un mélancolique présentant des terreurs nocturnes (1) et un abaissement de la pression artérielle. Le seul signe de certitude est la constatation du parasite ou de ses œufs dans les selles du malade.

Cette étude rapide sera illustrée par trois exemples pris parmi les entrantes de l'Asile Saint-Yon à quelques mois d'intervalle. Ces observations montreront en même temps les différents aspects sous lesquels peut se présenter la lombricose chez les psychopathes.

(1) « C'est aussi le soir que les ascarides tourmentent. » (HIPPOCRATE, *Des Epidémies*, Liv. VI, 1<sup>re</sup> section, § II, trad. E. Littré).



OBSERVATION I. — T. M., femme Lem., 22 ans, entrée dans le service le 28 novembre 1935, « présente un état maniaque caractérisé par une grande surexcitation intellectuelle et motrice avec fuite des idées, gesticulations incessantes, grimaces, humeur très exubérante » (D<sup>r</sup> Latapie).

Les propos peu suivis sont souvent érotiques, pimentés d'allusions grivoises et entrecoupés de chants et de rires explosifs.

La pâleur, les traits tirés de la malade peuvent être attribués à la phase aiguë qu'elle traverse.

Une thérapeutique par la méthode de Fochier (abcès de fixation) est tentée qui donne une assez forte réaction. L'état d'agitation persiste mais on découvre le 10 décembre un ascaris dans les selles. Un traitement au semen contra et au calomel est entrepris. On découvre le lendemain dans le lit souillé de la malade gâteuse une collection de vers dont on compte une quinzaine.

Le 19 décembre les symptômes d'excitation ne sont guère atténués ; mais l'état général s'améliore. L'analyse des selles ne montre pas d'œufs de parasite. Eosinophilie : 1 %.

OBSERVATION II. — Gar. M., 65 ans, domestique, entre le 3 mai 1935 dans le service. Elle présente un syndrome de « mélancolie anxieuse avec troubles *cénesthésiques* et craintes imaginaires, en particulier du diable. Gémissements » (D<sup>r</sup> Pochon).

« J'ai peur de ce qui peut arriver aux plus grands malheureux du monde, dit-elle. J'ai passé par des moments terribles. J'ai été contrariée par la mort de ma mère (94 ans) que je n'ai pas bien soignée... C'est venu tout doucement. *C'est quelque chose en moi qui me déchire* et je ne peux rester en place ».

On a quelques renseignements sur les antécédents personnels de la malade qui depuis de longues années présentait des scrupules et des idées d'indignité. Cette « bouffée délirante caractérisée par des plaintes, des lamentations, *des frayeurs*, remonterait à quinze jours environ » (Certificat d'admission).

La malade se montre très anxieuse durant les premiers jours. De plus son état général est mauvais. Le faciès est jaunâtre comme celui d'un infecté, la langue saburrale. La constipation est opiniâtre et la malade fait de grandes difficultés pour s'alimenter. Elle doit être bientôt nourrie à la sonde œsophagienne. Plusieurs fois, au cours de cette alimentation artificielle, des vomissements se produisent à mesure que le lait est introduit dans l'estomac.

Les réactions sérologiques sont négatives. Par contre la pression artérielle est abaissée (10-5 au Vaquez). On songe à une parasitose et l'on fait un examen du sang et des selles. Celles-ci contiennent des œufs d'ascaris. Eosinophilie : 8 %.

Le traitement par le semen contra et le calomel est institué. On doit ici administrer le semen contra en infusion à 10 pour 1000 par la sonde, toute prise de médicament « per os » étant impossible.

Le troisième jour on trouve trois ascaris dans les selles. Le traitement continué fait expulser huit vers. En quelques jours l'état général s'améliore, la malade commence à s'alimenter et les symptômes d'anxiété s'atténuent.

Au mois de septembre, l'état physique reste satisfaisant avec alimentation normale et selles régulières ne contenant plus ni vers ni œufs. Mlle G. s'occupe à de petits travaux de couture et s'intéresse à son entourage. Néanmoins l'état mental qui, il faut le dire, était peut-être atteint depuis longtemps, reste peu brillant. Le syndrome mélancolique persiste. La conversation avec la malade est possible, mais la crainte du démon et la peur d'être tuée reviennent dans ses propos comme un leit-motiv.

OBSERVATION III. — H. Pal., femme L., 40 ans, est admise le 12 décembre 1935. Le certificat de 24 heures indique une « confusion mentale avec anxiété, désorientation partielle, débit de paroles rapide et décousu avec évocation de troubles hallucinatoires à caractère onirique » (D<sup>r</sup> Latapie).

Les renseignements fournis par le mari font remonter le début des troubles mentaux actuels à dix jours seulement avant l'entrée. Ils auraient commencé brusquement par de l'agitation et du désordre dans les propos. Mais un interrogatoire serré révèle un certain « affaiblissement » constaté par le mari chez sa femme qui se montrait depuis une année environ moins active et se plaignait souvent de malaises, de fatigue générale.

Opérée en 1924 pour appendicite, en 1933 pour salpingite, elle présente depuis 1917 des troubles oculaires. Une feuille de consultation récente indique le diagnostic : œil droit : kérato-sclérite ; œil gauche : épiscclérite, sclérite.

Elle aurait ces temps derniers manifesté des idées de suicide à cause des douleurs qu'elle ressentait dans la tête et les yeux.

Une réaction de Bordet-Wassermann du sang a été négative en 1926.

A l'entrée, la malade se montre instable et présente des raptus d'agitation très vive accompagnés de réactions violentes. Elle pousse des *cris de frayeur surtout pendant la nuit*. Ses propos décousus sont débités sur un ton lent, traînard, avec paroles achoppées. Malgré son obnubilation, elle cite l'année et le mois exacts.

« Je vois bien que je ne suis plus dans le vrai. J'ai toujours été dans le noir. Je vois encore deux personnes. »

Son état physique est peu brillant. Le faciès est terreux, les yeux cernés, les traits tirés. La température est basse : 36°4. Le poulx bien frappé est normal. L'examen des organes somatiques ne révèle rien d'important.

Cependant on note des troubles digestifs prononcés : langue saburrale, fétidité de l'haleine, constipation. La malade ne s'alimente que difficilement. Elle se plaint de vagues douleurs articulaires et

présente en outre une irido-cyclite bilatérale plus accentuée du côté droit.

L'analyse d'urine ne décèle ni albumine, ni sucre, mais il se fait une précipitation abondante d'urates par l'acide acétique à froid.

Examen du sang : Bordet-Wassermann : —. Hecht : —. Vernes : 0-0.

Dosage de l'urée : 0 gr. 56 par litre.

La ponction lombaire assise donne un liquide clair, eau de roche s'écoulant en jet (28 cm. au manomètre de Claude), contenant un lymphocyte pour deux travées de la cellule de Nageotte. Le précipité atteint une division dans le rachialbuminimètre de Siccard et Cantaloub.

Bordet-Wassermann : —.

Vernes : 0-0.

Réaction de Guillain au benjoin colloïdal : 000.000.222.110.000.

La tension artérielle est de 9-4 au Vaquez.

Après avoir éliminé les troubles d'insuffisance hépatique, l'alcoolisme subaigu et le taux trop élevé de l'urée dans le sang ne suffisant pas à expliquer des phénomènes si accentués, on songe devant cette hypotension, devant l'aspect intoxiqué de la malade, ses troubles digestifs, à une parasitose.

La formule leucocytaire étudiée montre une éosinophilie notable (12 0/0) et des œufs d'ascaris sont découverts dans les selles.

Le 26 décembre, le traitement au semen contra (3 grammes pendant 3 jours), suivi de l'administration de 0 gr. 50 de calomel, est institué. On trouve alors dans les selles un couple d'ascaris.

En quelques jours tous les symptômes s'atténuent, l'état physique s'améliore, les troubles oculaires s'amendent et la confusion mentale diminue sensiblement.

Le 3 janvier, nouvel accès d'agitation, réactions violentes et impulsives de la malade avec hurlements de frayeur. Le traitement vermifuge est repris et continué. Mais on ne découvre pas d'autre ver dans les selles.

Actuellement (fin janvier), la malade se maintient calme. Son état physique est très amélioré et les troubles oculaires en particulier sont très atténués. Au point de vue mental on ne peut parler jusqu'ici que d'amélioration. La malade se montre plus présente, fait aux questions posées des réponses raisonnables. Mais on remarque de la lenteur de l'idéation, des troubles de l'attention et une certaine obnubilation intellectuelle. La moindre contrariété la laisse encore sujette à des réactions vives.

#### DISCUSSION.

##### RELATIONS ENTRE L'ASCARIDIOSE ET LES TROUBLES MENTAUX

Est-il permis de tirer des conclusions de ces observations ?

On remarque, dès l'abord, que l'ascaridiose dans le premier cas se présente comme une maladie surajoutée aux troubles men-

taux existant déjà chez le sujet. Dans les deux autres cas, au contraire, elle affecte des rapports plus étroits avec la psychopathie dont elle exagère, sinon provoque, certains symptômes. Nous verrons qu'il est peut-être légitime d'envisager, avec certains auteurs, une troisième forme dans laquelle la psychose serait dûe aux ascaris et guérirait par leur expulsion.

Bien loin d'être protégé contre les infections de toutes sortes, le psychopathe est plus exposé que tout autre à héberger des parasites. Nous pourrions trouver des lombrics chez des malades de toutes catégories mentales. C'est ainsi que notre maniaque en expulsa quinze grâce au traitement anthelminthique qui, par contre, n'exerça nulle influence sur la psychose.

Il n'est guère nécessaire d'insister sur cette forme, si ce n'est pour en rappeler la difficulté de diagnostic en l'absence de l'expulsion spontanée d'un ver. Mais si elle se montre peu intéressante au point de vue théorique, elle devient importante par sa fréquence et doit être recherchée et diagnostiquée pour qu'un traitement approprié puisse apporter au malade un soulagement physique auquel il a droit.

D'ailleurs, est-on sûr d'emblée que la parasitose n'exerce aucune influence sur la psychopathie ? Le soulagement physique sera parfois suivi d'une amélioration mentale, comme on a pu le constater dans nos deux dernières observations.

Nous voyons notre malade II, présentant depuis longtemps des scrupules, des idées d'indignité, entrer à la maison de santé dans une phase aiguë qui coïncide avec l'infestation de son intestin par les ascaris. La psychose était donc annoncée de longue date et le syndrome mélancolique finalement constaté, peut être considéré comme ayant été aggravé en partie par l'involution, en partie par l'ascaridiose. En effet, le traitement de cette dernière amena la disparition de deux grands symptômes : le refus d'alimentation et les troubles cénesthésiques.

Remarquons ici la fréquence de ces derniers chez les parasités. On a beaucoup insisté sur ce fait que le délire zoopathique était motivé par un trouble viscéral. Inversement, la présence de vers dans les voies digestives peut occasionner des troubles de la cénesthésie. Il semblerait que le malade sente avec précision le travail maléfique qui s'opère dans son organisme ; en effet, les idées délirantes qu'il émet, les hallucinations qu'il avoue, traduisent d'assez près l'impression qu'il peut ressentir et l'on ne sait jusqu'à quel point elles peuvent être qualifiées d'idées délirantes et d'hallucinations.

Ce fait a été signalé par nombre d'auteurs.

« Le plus souvent, dit Régis, à la base de l'idée hypocondriaque, existe un trouble réel de l'organe, de l'appareil ou de la fonction. »

Piqué, en 1908, insistait sur l'importance, en présence de tels troubles mentaux, de rechercher et de traiter la cause organique.

Il est donc intéressant de noter, dans notre cas, la disparition des troubles cénesthésiques chez une mélancolique par le traitement de l'ascaridiose.

Chez notre malade III, à l'état de tristesse, de dépression, aux frayeurs qu'elle présente, s'ajoute un tableau de confusion mentale. Ici, nous ne pouvons trouver, dans l'anamnèse, des phénomènes précurseurs du domaine psychique et l'affaiblissement, la fatigue signalés comme ayant précédé la phase aiguë, peuvent être expliqués par la présence des lombrics dans l'appareil digestif. C'est ce qui pouvait faire prévoir une guérison par thérapeutique vermifuge. Les résultats n'ont pas correspondu à l'espérance.

Mais si l'on peut en conclure que les troubles mentaux n'étaient pas dus uniquement à la parasitose, il faut reconnaître que celle-ci jouait un rôle très important et spécialement dans la confusion mentale et les accès d'agitation à prédominance nocturne pendant lesquels la malade poussait des cris de frayeur. Après traitement d'ailleurs, Mme L. encore obnubilée et ralentie intellectuellement, se montre calme et présente.

Des phénomènes nerveux variés ont été rangés parmi les symptômes de l'ascaridiose avec laquelle ils ont des rapports d'effet à cause. Citons les névralgies, les parésies, les convulsions, les signes méningés, l'encéphalite et enfin la *chorée* étudiée dans les travaux de Bessières : « Chorée. — Expulsion d'une grande quantité d'*ascaris lombricoïdes*. — Guérison. » (*J. de Méd. de Toulouse*, 1848) et dans ceux de Bouchut sur la « Chorée vermineuse » (*Gaz. des Hôp.* 1862).

Existe-t-il de même des signes psychiques ?

Il est certain qu'une atteinte quelconque de l'état général peut retentir sur le comportement du malade, occasionner chez lui des variations dans son humeur, son caractère, influencer sur ses facultés supérieures, le rendant moins apte à juger, à raisonner, diminuer sa volonté, son attention. On ne peut pour ces raisons conclure à une psychose dont la maladie primitive serait responsable.

Il faut se souvenir cependant qu'entre le « normal » et l'« anormal », il n'est pas de délimitation nette. On passe du premier



au second à travers une « zone frontière » (1) assez étendue, par une série de dégradations insensibles et bien souvent l'on doit pour le diagnostic se contenter d'une appréciation subjective.

Peut-on parler de psychose ascaridienne ?

Bien que notre troisième malade nous ait donné quelque temps l'espoir de guérir complètement après l'expulsion de ses vers, nous ne pouvons prendre son cas comme preuve de cette hypothèse. Il y eut une amélioration nette des symptômes mentaux et le traitement continué donna des résultats appréciables, pas assez formels cependant pour pouvoir mettre la psychose sur le compte des ascaris.

Néanmoins si nos observations qui pèchent en premier lieu par leur petit nombre, ne concordent pas avec la théorie de la psychose ascaridienne, il ne nous est pas permis pour cela d'infirmier cette dernière.

La remarque de Picqué dans les annales médico-psychologiques (Séance du 24 février 1908) viendrait au contraire l'appuyer.

« L'expérience de la chirurgie des aliénés, dit-il, m'a depuis longtemps démontré qu'en dehors de l'infection, une lésion organique même légère peut chez un sujet prédisposé faire éclater un délire ou l'entretenir, quand elle entraîne un état d'épuisement, de préoccupation ou un défaut de nutrition. »

Ce qui est bien le cas pour l'ascaridiose.

D'ailleurs de nombreuses publications ont été faites à ce sujet. Le D<sup>r</sup> Moutier en 1924 publie dans le *Journal de Médecine Française* trois cas de « Neurasthénie ascaridienne » dans lesquels le rejet des ascaris amène la guérison complète des malades. Or un aphorisme ancien ne nous dit-il pas que « naturam morborum ostendit curatio ».

De même, le D<sup>r</sup> Naudascher en 1921 (*Bulletin de la Soc. Clin. de Méd. mentale*) nous montre trois observations de mélancolie s'accompagnant de parasitose (trichocéphale, toenia, ascaris) dans lesquelles le traitement anthelminthique permet la guérison et la sortie des malades.

Citons encore les travaux de Codeceira, la « psychose vermineuse », dans le *Journal de Médecine* de Pernambouc.

Mais, opposera-t-on à ces faits, bien des cas de parasitose par les ascaris revêtent une forme clinique toute différente et souvent même la présence de vers dans l'organisme ne se traduit que par des troubles très discrets. De plus, le D<sup>r</sup> Naudascher,

(1) BALL. — *Les frontières de la folie.*

devant ses trois cas de mélancolie guéris par l'expulsion des parasites, analysa les selles d'une trentaine d'autres mélancoliques sans trouver ni un ver, ni un œuf.

Ces objections, en montrant la rareté de la forme psychique de l'ascaridiose, n'en prouvent pas la non-existence. Il semble toutefois qu'il faille admettre, chez ce genre de malades, des prédispositions particulières qui les font réagir de cette façon spéciale.

#### PATHOGENIE. — FRÉQUENCE. — ETIOLOGIE

L'influence que peut avoir l'ascaris sur les centres nerveux cadre bien cliniquement avec l'interprétation pathogénique relative aux toxines vermineuses. Il est, en effet, difficile d'admettre que le parasite puisse agir sur ces centres d'une façon mécanique ou irritative.

Nous ne pouvons nous étendre sur cette question importante du mode de production des troubles psychiques, mais signalerons entre autres travaux qu'elle a inspirés, ceux de Leroy (1910), qui montre la toxicité du liquide péri-entérique de l'ascaris megalcephala, c'est-à-dire du liquide sécrété par les cellules de la membrane sous-cuticulaire du ver ; ceux de Weinberg (1912), de Weinberg et Julien (1913), la thèse de Simonin (1919-1920) et l'article de J. Rouillard (1921) dans la *Presse Médicale*.

Ils tendent tous à prouver qu'à côté de l'action irritative et infectieuse de l'ascaris, il faut réserver une large part aux accidents toxiques parmi lesquels nous rangerons les phénomènes psychiques constatés chez nos malades.

L'intérêt de l'étude de l'ascaridiose dans les maisons de santé est-il justifié par la fréquence de l'affection ?

L'on serait peut-être tenté de croire que sa rareté, au contraire, attire l'attention. C'est une opinion erronée. Nous n'avons à notre disposition aucune statistique permettant d'apporter sur la question des données précises. Celles-ci d'ailleurs pourraient être faussées par la tendance à passer sous silence les cas de parasitose discrets ne s'accompagnant pas de signes graves ou particuliers.

Les trois malades observées plus haut sont entrées dans le service entre les mois de mai et décembre 1935. Mais on peut regarder ce fait comme une simple coïncidence et lui refuser la valeur d'un argument, comme ne s'étendant pas sur un laps de temps assez prolongé.

Cependant, on peut admettre que l'ascaridiose est fréquente chez les malades mentaux, si on la considère sous les trois aspects qu'elle peut revêtir chez eux et si l'on montre que le

manicome réalise des conditions particulièrement favorables au développement du parasite.

Les psychoses à forme mélancolique reconnaissant, pour cause immédiate et certaine l'ascaridiose, sont évidemment assez rares. Mais celles dont les signes sont aggravés par la présence du parasite dans l'organisme sont beaucoup plus répandues. Les cas, enfin, dans lesquels la lombricose survient chez un malade mental, comme un épiphénomène sans aucun rapport avec la psychopathie, sont aussi fréquents, mais risquent de passer inaperçus en raison de la difficulté du diagnostic ou de l'état troublé du malade. Leur bénignité pourrait, de même, les faire négliger. Il n'est donc pas superflu d'insister sur l'importance de leur dépistage.

Il serait intéressant de connaître les catégories mentales qui sont le plus souvent parasitées. Nos observations se rapportent chacune à un diagnostic différent : une maniaque, une mélancolique, une confuse. Ici aussi, des statistiques seraient nécessaires pour donner une réponse ferme. Nous croyons cependant pouvoir attribuer aux mélancoliques, sous leurs différents aspects, la première place parmi les malades atteints par les ascaris. Et cela à cause de l'action réciproque qui existe entre la psychose et la parasitose.

D'un côté, en effet, les troubles psychiques occasionnés par le lombric, sont souvent caractérisés par un syndrome mélancolique. D'autre part, ce syndrome, de même que les autres psychopathies, ne fait que favoriser l'installation du ver.

Cette fréquence de l'ascaridiose chez les malades mentaux, d'ailleurs signalée dans tous les manuels, peut facilement s'expliquer. Les conditions du développement de l'ascaris sont en effet chez eux pleinement réalisées.

La réunion, la vie en commun d'un grand nombre d'individus favorisent toujours la propagation d'une infection. Mais, de plus, l'ascaris qui affecte une prédilection pour le jeune âge, c'est-à-dire pour un organisme faible, non encore pourvu de tous ses moyens de défense, trouvera souvent chez l'aliéné, et plus peut-être dans l'élément féminin, cet état de moindre résistance propre à son établissement.

D'autre part, les réactions si imprévues parfois des malades suffiraient à justifier sa fréquence. Malgré la surveillance la mieux organisée, il est des actes auxquels on ne peut empêcher le malade de se livrer. Il en est d'autres qui peuvent paraître, au premier abord, anodins et sans conséquences, et intervenir cependant comme facteurs de dissémination du parasite.

Tantôt nous serons en présence d'un géophage. Une démente précoce du service, dès qu'on la laisse seule dans le jardin, se met immédiatement à genoux, la face et la bouche contre terre.

Tantôt le malade porte tout à sa bouche et ne choisit pas ses aliments. Une délirante les choisissait : elle ne mangeait que les feuilles et l'écorce des arbres.

Tantôt, on ne peut lutter avec assez d'efficacité contre la malpropreté du malade. On trouve un jour, dans le corsage d'une paralytique générale qu'on allait baigner, un rat énorme commençant déjà à se décomposer.

Tantôt, enfin, le malade ne se contente pas d'être gâteux, il triture, répand autour de lui ses excréments, quand il ne pousse pas l'originalité jusqu'à la coprophagie.

Devant de telles réactions, on comprend la facilité avec laquelle le parasite peut se disséminer. Et si l'on songe aux épidémies anciennes signalées en 1730 à Béziers, en 1757 à Fougères et en 1765 à Clisson, à celles signalées dans les armées danoises, anglaises en 1743 et françaises à Ravenne (an X), dans la Pouille en 1806 et en Pologne en 1807, on voit l'importance des soins à prendre pour éviter la pullulation du parasite.

Mais ces faits se passaient à une époque où les précautions de propreté n'étaient pas la première préoccupation des gens. Et de nos jours, si l'*ascaris* cause moins de méfaits, et en particulier dans les maisons de santé, c'est que le malade est protégé contre les infections extérieures par une hygiène rigoureuse et intelligente, et contre lui-même par une surveillance attentive et continuelle dont l'entoure un personnel bienveillant.

*En résumé*, chez tous les malades mentaux, et en particulier lors de leur admission, avant de porter un diagnostic, il faut avoir présente à l'esprit, surtout s'il s'agit d'une mélancolique infectée refusant la nourriture, la possibilité d'une parasitose. Si celle-ci ne peut être toujours considérée comme la cause efficiente de la maladie constatée, elle n'en exagère pas moins les symptômes et, traitée, peut amener une amélioration notable dans l'état du malade. On verra, en effet, disparaître les troubles cénesthésiques ou les préoccupations hypocondriaques.

L'*ascaridiose* peut se présenter sous trois formes chez le psychopathe : les parasites peuvent exister indépendamment des troubles mentaux. Ou bien, ils exercent sur les centres nerveux une action toxique qui se traduit par des troubles en rapport avec les dispositions réactionnelles de chaque individu : chorée, mélancolie.

Ils peuvent aussi, chez des sujets prédisposés ou atteints déjà

de troubles psychiques, exagérer les symptômes et créer, à côté d'un syndrome défini, un tableau clinique spécial capable de dérouter ou de faire hésiter le diagnostic.

Notons enfin la fréquence relative des ascaris lombricoïdes chez les malades mentaux. Cette constatation chez eux peut être expliquée, soit par une déficience de leur état général livrant un accès plus facile de l'organisme à ces hôtes qui trouveraient ainsi un terrain tout préparé, soit par le défaut de précautions et de propreté des malades qui, en dépit de la surveillance, facilitent la dissémination du parasite par leurs réactions anti-hygiéniques.

## BIBLIOGRAPHIE

- BESSIÈRES. — Chorée ; expulsion d'une grande quantité d'ascaris lombricoïdes. Guérison. *Journal de Médecine de Toulouse*, oct. 1848.
- BOUCHUT. — Chorée vermineuse. *Gazette des Hôpitaux*, 1862, p. 22.
- E. BRUMPT. — *Précis de parasitologie*, 1913, p. 397-413.
- CATHALA et LEONG. — Hémiplégie traumatique avec état de mal épileptique d'origine vermineuse. *Société de pédiatrie*, 21 octobre 1924.
- CODECEIRA. — Psychose vermineuse. *Journal de Méd. de Pernambuco*, 16 octobre 1906.
- DAVAINE. — *Traité des entozoaires et des maladies vermineuses*, 1860, p. 120.
- A. DECHAMBRE. — *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, 1870.
- L. LARUE. — Ascaridiose et troubles mentaux. *Bulletin de la Société méd. des Hôp. univers. de Québec*, n° 3, mars 1933.
- LEROY. — Sur la toxicité du liquide péri-entérique d'ascaris megaloccephala. *Arch. intern. de physiologie*, 1910, vol. IX, p. 276.
- E. LITTRÉ. — *Œuvres complètes d'Hippocrate*, 1839.
- E. MARS. — Etude séméiologique du délire hypocondriaque. *Th. Paris*, 1888.
- MOUTIER. — Neurasthénie ascaridienne. *Journal médical français*, sept. 1924, p. 372.
- NAUDASCHER. — Troubles mentaux et infection parasitaire de l'intestin. *Bull. de la Soc. clin. de Méd. mentale*, 21 nov. 1921, p. 286.
- PICQUE. — Du traitement rationnel du délire systématisé à forme zoopathique. *Soc. méd. psychol.*, Séance du 24 février 1908.
- J. RASPAIL. — Rôle pathogène des helminthes en général. *Th. Paris*, 1906.
- RÉGIS. — *Précis de psychiatrie*, 1923.
- J. ROUILLARD. — Les toxines vermineuses. *Presse Médicale*, 9 avril 1921.
- SIMONIN. — Introduction à l'étude des toxines vermineuses. *Thèse de Nancy*, 1919-20.
- WEINBERG. — Toxines vermineuses. *Bull. de l'Institut Pasteur*, 1912.
- WEINBERG et JULIEN. — Accidents mortels observés chez le cheval à la suite d'injections de toxines ascaridiennes. *C.R. de la Soc. de Biologie*, 1913.
- ZRONISKII. — Ascaridiose et encéphalite. *Méd. Klin. Moscou*, 1924, p. 149.



# RECHERCHES

## SUR L'INDEX-TYROSINE DE POLYPEPTIDÉMIE

### DANS LES MALADIES MENTALES

PAR

P. TOMESCO, N. GRUIA IONESCO et P. CONSTANTINESCO

Les polypeptides constituent un des anneaux de la chaîne des substances albuminoïdes du sang circulant, dont les extrémités sont occupées d'une part par les acides aminés — les plus simples molécules peptidiques connues, — et d'autre part par les substances protidiques complexes telles que la sérine, la globuline, le fibrinogène.

Elles font partie intégrante des substances albuminoïdes intermédiaires et sont constituées par la réunion de plusieurs molécules d'acides aminés : 2-3-*n*...molécules.

Le nombre et les propriétés des molécules peptidiques sont nombreux et variés, parce qu'elles sont l'expression, d'un côté de la qualité des acides aminés qui entrent dans leur constitution et de l'autre du mode d'enchaînement des acides aminocarboniques dans la molécule peptidique.

La difficulté de caractériser ces éléments, de par leur complexité de structure, est augmentée par l'absence de méthodes précises de dosage, qui délimiteraient exactement les frontières de ce groupe par rapport à d'autres composés plus complexes ou plus simples.

En vérité, les méthodes actuelles nous donnent des chiffres relatifs, qui pèchent ou bien par excès ou bien par défaut, tandis que d'un autre côté elles mettent ensemble et sur le même plan les polypeptides les plus simples comme structures moléculaires — constituées par 2-3 acides aminés — et celles d'une structure moléculaire complexe. Or on peut facilement prévoir qu'elles différeront entre elles, tant comme propriétés chimiques que comme rôle physiologique.

Une partie des polypeptides du sang circulant est l'aboutissant des processus multiples et variés d'hydrolyse et de synthèse, que les albumines alimentaires ont subis ; elles doivent avoir un rôle bien déterminé dans la morphologie et la physiologie cellulaire.

Mais, par l'activité cellulaire, et comme un résultat du catabolisme des tissus, une autre série de polypeptides sont formées et déversées dans la circulation ; elles ne sont plus nécessaires et sont destinées à être dégradées et éliminées.

Le taux normal de la polypeptidémie est variable d'après la méthode employée. Nous laisserons de côté les détails des méthodes de dosage et nous ne nous arrêterons pas aux diverses interprétations de la polypeptidémie.

Depuis quelques années, l'attention des différents chercheurs a été attirée par l'augmentation du taux des polypeptides — une hyperpolypeptidémie par conséquent — qu'ils rencontraient dans certains états pathologiques : urémie, insuffisance hépatique, choc post-opératoire, brûlures, etc. Ils ont attribué à ces substances un rôle toxique assez important, les considérant souvent comme des facteurs déterminants d'une série de symptômes plus ou moins graves. Le taux de la polypeptidémie est réglé par quelques organes dont le foie et le rein paraissent les principaux, et par les tissus eux-mêmes qui interviennent dans ce processus de régulation. Un dérèglement dans le fonctionnement normal a comme conséquence une hyperpolypeptidémie à laquelle, étant donné le coefficient toxique de ces substances, on a donné le nom de « polypeptidotoxie ».

Il n'est pas dévolu jusqu'à présent au système nerveux d'autre rôle que celui dont sont dotés en général tous les tissus. C'est-à-dire qu'il peut être producteur de polypeptides, grâce à des processus inflammatoires ou autolytiques, qu'il est possible — émettons-en l'hypothèse — que ces produits puissent en dépasser les barrières et passer dans le sang en déterminant une hyperpolypeptidémie d'origine nerveuse. Quant à l'existence d'un centre nerveux régulateur, cette question n'est pas encore en discussion.

Dans la clinique de psychiatrie de Bucarest, durant la dernière année, ont été étudiés, au point de vue de la polypeptidémie, 166 malades, pour lesquels ont été faits 517 dosages.

Il nous fallait une méthode dont la simplicité pourrait se prêter à des dosages en série. Nous avons choisi, comme correspondant le mieux à nos besoins, la méthode décrite par Goiffon et Spaey. On met en contact, en milieu alcalin, avec le réactif dit

des phénols de Folin et Wu, dont la préparation a été indiquée par un de nous (*Bull. et mém. soc. hôp. Bucarest*, N° 2, 1934), un filtrat trichloracétique et un autre phosphotungstic. Le virement de couleur produit est apprécié par comparaison avec un étalon d'une solution de tyrosine mise dans des conditions identiques de proportion et d'alcalinité, en présence du réactif des auteurs américains. Les chiffres colorimétriques obtenus sont exprimés en milligrammes de tyrosine. Les auteurs l'appellent index-tyrosine de polypeptidémie, parce que le virement de couleur est réalisé par les noyaux tyrosiniques seuls (d'après les auteurs), contenus dans les molécules peptidiques. Comme les polypeptides sanguins peuvent contenir de ces noyaux dans des proportions variables, on ne peut pas calculer le taux des polypeptides sanguins. C'est-à-dire que cette méthode traduirait seulement le pouvoir chromogène des noyaux tyrosiniques envers le réactif. Mais comme le pouvoir chromogène de ces noyaux présente un rapport, sinon proportionnel, au moins assez lié à la quantité des polypeptides, l'index-tyrosine nous donne une appréciation satisfaisante du taux de la polypeptidémie. Les auteurs prétendent que l'importance de leur méthode est augmentée par ce fait que les noyaux tyrosiniques sont parmi les plus toxiques de ceux qui entrent dans la composition des polypeptides. Nous ne discuterons pas les interprétations purement chimiques de la méthode, les détails peuvent être trouvés dans le travail original (Goiffon et Spaey : *C.R. Soc. Biol.*, t. CXV, p. 711). Outre la méthode sus-indiquée, nous avons employé aussi la méthode azotométrique (voir Cristol et Puech, *Bull. Soc. Sc. Méd. et Biol. de Montp. et du Lang. méd.*, t. VII, 20 nov. 1925, p. 48-52 ; N. Fiesinger : *Diagnostics biologiques*, Maloine, 1929).

Les recherches antérieures de H. Claude, P. Masquin, J. Dublneau et Mlle Bonnard, et encore celles de H. Claude, Baruk et H.-R. Olivier, ont montré que les polypeptides peuvent avoir un rôle dans divers états psycho-pathologiques.

L'augmentation de la polypeptidorachie peut être accompagnée ou non d'une hyperpolypeptidémie. En vue d'établir si l'origine des polypeptides rachidiennes se trouve dans le sang ou dans le système nerveux, on a imaginé un rapport :

$$\frac{\text{Polypeptides rachidiennes}}{\text{Polypeptides du sang}} = O.$$

Son augmentation signifierait production locale. L'augmentation des deux facteurs, tout en maintenant la valeur du rapport ou ne la diminuant que faiblement, signifierait que les polypeptides rachidiennes auraient une origine sanguine.

Nos constatations sur le sérum des 166 cas nous montrent que chez 66 d'entre eux l'index-tyrosine dépassait le taux admis comme normal.

| Maladies                     | Cas étudiés | Index normal, cas | Cas dont l'index-tyrosme est augmenté   |   |
|------------------------------|-------------|-------------------|---|---|
|                              |             |                   | Expliqué par des troubles extra-nerveux | Non expliqué par des troubles extra-nerveux |
| —                            | —           | —                 | —                                       | —   |
| Débilité mentale.....        | 3           | 3                 | —                                       | —   |
| Mélancolie.....              | 6           | 6                 | —                                       | —   |
| Manie et hypomanie.....      | 22          | 10                | 6                                       | 6   |
| Paraphrénie.....             | 2           | 2                 | —                                       | —   |
| Schizophrénie.....           | 15          | 6                 | —                                       | 9   |
| Catatones symptomatiques...  | 2           | 2                 | —                                       | —   |
| Obsessions.....              | 2           | 1                 | 1                                       | —   |
| Syndrome adiposo-génital...  | 1           | —                 | —                                       | 1   |
| Ménopause.....               | 1           | —                 | 1                                       | —   |
| Confusion mentale.....       | 11          | 6                 | 1                                       | 4   |
| Alcoolisme.....              | 14          | 11                | 1                                       | 2   |
| Urémie (psychose).....       | 1           | —                 | 1                                       | —   |
| Epilepsie.....               | 6           | 4                 | —                                       | 2   |
| Sénilité.....                | 4           | —                 | 4                                       | —   |
| Paralysie générale.....      | 49          | 30                | 10                                      | 9   |
| Syphilis cérébrale.....      | 10          | 9                 | 1                                       | —   |
| Hypertension artérielle..... | 8           | 2                 | 6                                       | —   |
| Diverses.....                | 9           | 7                 | 1                                       | 1   |
| Total.....                   | 166         | 99                | 33                                      | 34  |

Il ne nous a pas paru suffisant de déterminer la proportion des index augmentés et nous avons continué nos recherches pour nous rendre compte s'il n'existe pas de manifestations anormales qui expliqueraient cette augmentation, dans la mesure où ces manifestations sont considérées aujourd'hui comme génératrices d'hyperpolypeptidémie. C'est-à-dire que nous nous sommes efforcés de séparer les hyperpolypeptidémies — symptôme d'une manifestation extra-nerveuse — de celles qui pourraient avoir une telle origine. Les malades étant hospitalisés, nos recherches en ont été facilitées.

On peut voir ainsi que sur 66 cas d'hyperpolypeptidémie, il est 34 cas dans lesquels aucun motif expliquant le phénomène n'a pu être mis en lumière. En revanche, chez 32 malades, nous avons constaté l'existence de diverses manifestations : insuffi-

sance rénale, azotémie, insuffisance hépatique, accès de malaria (4 paralytiques généraux), la pyrétothérapie par le lait. D'après nos recherches, la malaria, aussi bien que les injections de lait, provoquent une augmentation de l'index-tyrosine de polypeptidémie en dehors de l'accès fébrile.

De notre statistique, il faut éliminer 32 cas, dans lesquels la modification humorale ne paraissait pas avoir une relation trop étroite, au moins en apparence, avec la psychose, et donnait plutôt l'impression d'une coïncidence.

Sur les 166 cas étudiés, il ne nous reste que 34 cas, dans lesquels l'augmentation de l'index ne pouvait être mise sur le compte d'aucune autre cause possible, que nos connaissances actuelles interprètent comme génératrices, d'après les notions que nous possédons aujourd'hui sur la physiopathologie des polypeptides.

Tout en comparant nos résultats à ceux publiés par Th. Simon, J.-Ch. Roux et R. Goiffon (*C.R. Soc. Biol.*, n° 24-935), obtenus sur des malades présentés à un service de consultation pour les maladies mentales, on constate qu'ils diffèrent. Les nôtres sont caractérisés par un nombre plus restreint de cas, dans lesquels l'index est augmenté. Ainsi, la statistique de ces auteurs montre que chez 77,4 % de malades mentaux, la polypeptidémie a dépassé le taux normal, tandis que chez des malades chirurgicaux, la proportion ne dépasse pas 31 % des cas. Chez nos aliénés, cette proportion est à peine à 39,7 %. Si de ce taux on élimine les cas dans lesquels on peut dire que l'augmentation de l'index était due à un trouble du fonctionnement des divers viscères, qui interviennent dans le processus de régulation de ces substances, c'est-à-dire qu'on élimine 32 cas, il ne reste plus que 20,4 % dont la raison n'a pu être trouvée.

Tout comme ces auteurs, nous n'anticipons rien sur une éventuelle relation entre le phénomène biochimique constaté et les psychoses. Nous voulons signaler seulement la coexistence de ces deux processus, mais dans une proportion moins importante que celle observée par les auteurs sus-cités. Nous remarquons en passant que, parmi les maladies étudiées, celles qui ont donné la proportion la plus importante d'hyperpolypeptidémies sont : la schizophrénie, la psychose maniaque, la confusion mentale, l'épilepsie et, dans une certaine mesure, la paralysie générale.

Nous voulons signaler que de la statistique présente nous avons exclu 25 pellagreux dont les observations seront communiquées ailleurs. Nos chiffres sont ainsi plus comparables avec la statistique des auteurs précités, qui certainement n'ont rencontré



au cours de leurs études qu'un nombre très restreint et même probablement aucun cas de pellagre.

L'existence de ces hyperpolypeptidémies dans une proportion assez importante, sans qu'on puisse accuser de sa production aucun des organes régulateurs de la peptidémie, pose devant nous un problème nouveau, celui de l'influence du système nerveux sur l'équilibre polypeptidique du sang. Il est possible que, à l'état pathologique, le système nerveux influence le taux de la polypeptidémie ; il se produirait des phénomènes comparables aux azotémies dites nerveuses, étudiées par de nombreux auteurs, et dont l'étude a été reprise dernièrement par A. Courtois.

---

# LES TENDANCES ACTUELLES DE LA PSYCHIATRIE EN HOLLANDE (1)

PAR

W.-M. VAN DER SCHEER et W. HEMMES

Ce n'est pas une tâche facile de donner au psychiatre étranger, dans les limites d'un article, un aperçu sur les tendances actuelles de la psychiatrie en Hollande. La recherche d'un fil conducteur dans ce domaine étendu, dont les valeurs touchent aussi bien au terrain des sciences théoriques qu'à celui des sciences appliquées, rencontre quantité de difficultés.

## REVUES PÉRIODIQUES

Essayer de le faire en se reportant aux publications néerlandaises relatives à ces questions et aux rapports de réunions de ces dernières années serait chose impossible, vu l'étendue de ce matériel. La « *Bibliographie des auteurs néerlandais dans le domaine de la psychiatrie et de la neurologie* », publiée par K. Herman-Bouman, Professeur à l'Université d'Amsterdam et rédigée par Mlle Mesdag, et qui comprend environ 800 pages de texte imprimé, en est une preuve suffisante.

Les plus importants travaux relatifs à la psychiatrie se trouvent dans les « *Psychiatrische Neurologische Bladen* », organe de l'Association Néerlandaise de psychiatrie et de neurologie où l'on trouve, en plus d'articles originaux, les rapports des réunions. Le « *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* » recueille aussi beaucoup de travaux.

(1) Cet article du Professeur W. M. Van der Scheer, de l'Université de Groningue, et du Dr W. Hemmes, fait partie d'une série d'articles, consacrés par les *Annales Médico-psychologiques* à une enquête internationale sur les tendances de la psychiatrie contemporaine. — R. C.

## LES ASSOCIATIONS ET LEUR ACTIVITÉ

Ce qui caractérise les rapports existant entre la psychiatrie et la neurologie, c'est que presque tous les spécialistes hollandais du système nerveux sont réunis en une association unique, « *l'Association Néerlandaise de Psychiatrie et de Neurologie* ». Les neurologues, les psychanalystes et les psychothérapeutes, aussi bien que les médecins d'asile, collaborent activement dans cette Association. Il ne serait cependant pas exact de faire croire que cette Association est arrivée à satisfaire équitablement toutes les tendances.

Le fait que, à Amsterdam par exemple et dans la province de la Hollande méridionale, des *Associations isolées de neurologues* se soient créées, n'a pas nui à l'unité ; tous les membres restaient aussi membres actifs de la Grande Association Néerlandaise.

Il n'en fut pas de même en 1919, lors de la création de « *l'Association des Médecins d'Asile* », qui montra que les intérêts professionnels des médecins d'asile n'étaient pas suffisamment pris en considération. Mais ici non plus, il ne fut pas question de divergences dans le domaine de la psychiatrie scientifique.

Les travaux des médecins d'asile continuèrent à représenter une part importante de l'ordre du jour des réunions de l'Association Néerlandaise de Psychiatrie et de Neurologie, dont presque tous les médecins d'asile sont restés des membres fidèles.

Cependant, le départ des psychanalystes, qui suivit, parut plus grave. Il était dû à une certaine animosité née dans le sein de l'Association à la suite des Conférences faites sur les conceptions de Freud. A l'initiative surtout de Van der Chijs, Van Embden, J. et A. Stårcke, on créa *l'Association Néerlandaise de Psychanalyse*. Elle fut constituée comme branche de « l'Association Internationale de Psychanalyse » à la tête de laquelle se trouve Freud.

Ce qui est caractéristique de l'Association Néerlandaise de Psychanalyse, et qui s'oppose aux Associations étrangères, est le fait que les membres de cette Association sont *uniquement des médecins*. Il n'est pas question en Hollande de psychanalyse pratiquée par des non-médecins. L'Association défend ce point de vue que l'éducation médicale et la connaissance de la psychiatrie et de la neurologie sont indispensables pour bien appliquer la psychanalyse.

Et pourtant, les relations avec l'Association Néerlandaise de

Psychiatrie et de Neurologie ne sont pas brisées. La preuve en est que la plupart des psychanalystes sont membres des deux Associations et qu'il y a des psychanalystes siégeant à la direction de l'Association Néerlandaise de Psychiatrie et de Neurologie, et qu'en même temps, ces deux Associations organisent des séances communes.

Il existe encore une « *Association de Psychanalyse et de Psycho-pathologie* » à Leyde. Celle-ci ne s'en tient pas exclusivement au point de vue de Freud. Elle aussi reste en contact avec l'Association Néerlandaise de Psychiatrie et de Neurologie.

En 1930, quelques psychiatres se sont réunis en une « *Association Néerlandaise de Psychothérapie* ».

Ce qui prouve également qu'aux réunions de l'Association Néerlandaise de Psychiatrie et de Neurologie on n'avait pas suffisamment l'occasion de discuter de tous les sujets pouvant satisfaire le désir et le besoin de certains groupes du monde psychiatrique. On put donc se réjouir lorsque l'ancien Président de l'Association, K. Herman-Bouman, réussit à faire collaborer plus intimement les Associations isolées, dont il est question plus haut, avec l'Association mère. C'est le foyer commun qui empêche toute séparation nette et toute inimitié, et qui fournit largement aux spécialistes néerlandais du système nerveux de se mettre et de se tenir au courant des diverses tendances.

Non seulement les rapports des séances et les articles de revues, mais aussi les rapports généraux présentés aux dernières séances annuelles prouvent combien la vie scientifique s'épanouit dans le domaine de la psychiatrie. En 1927, on parla de la question de la *schizophrénie* (1), en 1929, on présenta un rapport sur les *psychoses d'involution* (2), en 1930, on s'occupa du problème de *paranoïa* (3), en 1932, on traita de la *psychose maniaque dépressive* (4), en 1934, le problème de *l'hystérie* (5) fut à l'ordre du jour, cependant que cette année, le programme porte le problème de *l'encéphalite* dont le côté neurologique, aussi bien que le côté psychiatrique, sera envisagé. Tous ces sujets furent confiés aux plus compétents. On traita aussi bien ces questions du point de vue clinique, psychopathologique, psychanalytique, expérimental, anatomique, biologique, que thérapeutique.

(1) *Zur Frage der Schizophrenie*, P.N.Bl., 1928, n° 5, en 6.

(2) *Zur Frage der Involutionspsychosen*, P.N.Bl., 1929, n° 5.

(3) *Paranoïanummer*, P.N.Bl., 1931, n° 3.

(4) *Over de Manisch depressieve psychosen*, P.N.Bl., n° 3 en 4.

(5) *Over de Hystérie*, P.N.Bl., 1935, n° 4 en 5.

## EDUCATION PSYCHIATRIQUE DU MÉDECIN

Les études de médecine se font, en Hollande, aux Facultés médicales des Universités de l'Etat de Leyde, Amsterdam, Utrecht et Groningue.

Pour ce qui est des exigences au point de vue de la connaissance de la psychiatrie, on oblige l'étudiant en médecine de suivre les cours de psychiatrie. Ces cours sont donnés par les Professeurs de psychiatrie E. Carp, K.-H. Bouman, L. Bouman, W.-M. Van der Scheer. Ces deux derniers enseignent aussi la neurologie. Après avoir passé l'examen de candidat en médecine (deux à trois ans), l'étudiant suit, pendant deux à trois ans, les cliniques de psychiatrie. Ensuite, il passe son examen théorique dans lequel la psychiatrie et la neurologie réunies se trouvent au même rang que les autres cours cliniques (Médecine interne, chirurgie, accouchements). Après un à deux ans, il passe ses examens pratiques. A ce moment, il a travaillé dans les divers services ainsi que dans le service de psychiatrie. Il peut alors s'établir comme médecin ordinaire, mais non comme spécialiste.

## SPÉCIALISTES DU SYSTÈME NERVEUX

Pour être reconnu comme spécialiste du système nerveux, celui qui a terminé ses études de médecine doit avoir travaillé pendant *au moins trois ans* dans une clinique universitaire neuro-psychiatrique, ou dans un service équivalent (certains asiles d'aliénés sont mis au même rang que les cliniques psychiatriques). Une commission de spécialistes décide si on satisfait à ces exigences. Pas même la moitié des spécialistes du système nerveux ne recherche, après leurs études, une situation indépendante.

En Hollande, où il y a une population de 8.200.000 âmes, il existe, sur 4.500 médecins, environ 250 spécialistes du système nerveux (psychiatres et neurologues).

De ces 250 spécialistes, 110 seulement font de la clientèle privée, les autres, pour la plupart, trouvent leur pleine occupation comme médecins ou médecins directeurs dans les établissements pour aliénés et pour anormaux.

## LES DIVERSES TENDANCES DE LA PSYCHIATRIE

Les diverses tendances de la psychiatrie sont déterminées surtout par : 1° les professeurs de psychiatrie ; 2° les médecins



des asiles d'aliénés ; 3° le groupe de psychanalystes et psychothérapeutes. Si, à la clinique universitaire, nous trouvons surtout une tendance, celle du professeur de psychiatrie qui, pour développer ses conceptions, peut avoir recours à la collaboration des médecins attachés à sa clinique, il n'en est plus de même dans les asiles où les médecins ont toute liberté pour faire des recherches suivant leur propre conception.

Je vais maintenant résumer les diverses tendances qui se manifestent dans les quatre Universités, après quoi j'examinerai le travail scientifique des asiles.

#### TENDANCES ET TRAVAIL SCIENTIFIQUE DANS LES UNIVERSITÉS.

##### LEYDE (*Université de l'Etat*)

Après le départ de G. Jelgersma, qui, autant par la publication d'un traité que par ses leçons, restera le pionnier de la psychiatrie néerlandaise, sa chaire fut occupée par son élève Carp.

La classification de Jelgersma, qui divise les psychoses en psychoses constitutionnelles et psychoses d'intoxication, qui ont comme base les conceptions sur les réactions individuelles et générales du système nerveux central, vis-à-vis de l'action des toxiques, réactions qui dépendent de l'intensité et de la durée de cette action, restent, pour la clinique de Leyde, à l'origine de l'étude systématique des psychoses. On discerne :

- 1° Etat d'insuffisance mentale ou oligophrénie.
- 2° Etat psychotique se développant sur un terrain psychopatique (psychoses maniaques dépressives, réactions paranoïdes).
- 3° Psychoses exogènes (psychoses toxi-infectieuses, involutives, schizophréniques, processives).

Dans l'étude des diverses psychoses, la clinique de Leyde n'essaie pas, il est vrai, de suivre une tendance psychologique unique. Cependant, personne ne contestera qu'on accorde la plus grande et la principale place à cette tendance, et, pour l'appeler par son nom, la tendance qui utilise la recherche psychanalytique. Comment pourrait-il en être autrement, là où Jelgersma, le premier dans notre pays, accepte dans leur entier les conceptions freudiennes. Sans doute, Carp ne se situe pas parmi les psychanalystes orthodoxes. En tant qu'esprit religieux, il n'accepte pas la psychanalyse comme philosophie,

parce qu'il considère la psychanalyse comme une conception trop matérialiste-réaliste. Cependant, il est d'opinion que ce n'est que grâce à la psychanalyse qu'on arrivera à approfondir le mécanisme des diverses psychoses, alors que l'étude psychanalytique est une condition *sine qua non*, pour apprendre à connaître une névrose.

Comme forme de psychothérapie, cette méthode trouve assez peu d'utilisation à cause du risque que comporte la psychanalyse et les principales formes de psychothérapie utilisées à la clinique de Leyde sont les méthodes suggestives directes, la psychocatharsis et l'hypnothérapie.

Il est certain que la plupart des médecins partisans de la psychanalyse préfèrent l'Université de Leyde aux autres. Chaque année, cette clinique publie des thèses et des articles pénétrés de l'esprit psychanalytique.

Comme principal d'entre eux, je citerai la thèse de Blok : « Sur des idées délirantes de femmes atteintes de psychose schizophrénique paranoïde » et celle de Manse : « Sur les psychoses d'involution chez des femmes et leurs rapports avec le négativisme ».

Outre un grand nombre d'articles dans lesquels la psychopathologie et la psychanalyse tiennent une grande place, Carp lui-même publia en volume « Un traité des névroses » et « Conflits dans la vie de l'enfant ». Avec d'autres collaborateurs, il publia un livre sur les psychopathes. Au point de vue de la notion de psychopathie, il admet un développement dysharmonique de la structure de la personnalité, d'où résulte un important défaut d'adaptation vis-à-vis de l'ordre social.

AMSTERDAM. — *Université communale.*

*Clinique neuro-psychiatrique (180 lits)*

La chaire de professeur de psychiatrie et de neurologie est occupée, depuis de longues années, par K. Herman-Bouman. Il donne surtout un cours de psychiatrie. Comme il fut l'élève du Professeur C. Winkler, le réputé anatomiste du cerveau, l'enseignement de la psychiatrie se base entièrement sur l'anatomie et la physiologie du système nerveux central.

C'est surtout la psychiatrie clinique qu'on y présente à l'étudiant. Pour ce qui est de la systématisation des psychoses, c'est la classification de Kræpelin qui est suivie. D'après les statistiques de la clinique, les psychoses dépendant de l'alcoolisme et

de la syphilis semblent constituer un grand pourcentage. Il est donc compréhensible que la malariathérapie de la paralysie générale trouve une utilisation fréquente et étendue, et que, grâce à une sélection et une étude soigneuses des cas traités, on ait acquis une riche expérience. Les résultats ont été communiqués récemment dans une thèse de R. Tolsma (« Les résultats de la malariathérapie dans la paralysie générale », 1935).

C'est surtout le côté social de la psychiatrie qui trouve en Bouman un défenseur ardent. C'est lui qui eut l'initiative de créer l'Association Néerlandaise d'Hygiène Mentale (voir plus loin). Le problème de l'alcool le préoccupe sans arrêt (voyez : l'alcool et l'hygiène mentale. International Congress of mental Hygiene. Washington, 1930).

La criminalité infantile et la psychologie pédagogique sont l'objet, dans la clinique de Bouman, d'un grand intérêt. A côté de Rümke qui, dans le domaine psychopédagogique, a fourni beaucoup de travail, il faut citer, comme un des élèves importants, Grewel.

La recherche expérimentale, elle aussi, n'est pas oubliée dans la clinique d'Amsterdam. Il me suffira de citer l'important travail de Jacques Ley : Recherches expérimentales sur la circulation cérébrale et ses troubles (Erven F. Bohn).

De plus, dans le laboratoire de psychologie expérimentale installé dans la clinique de Bouman avec l'aide de Godefroy, la psychologie expérimentale des sens trouve en J. Van der Waals, un de nos plus jeunes travailleurs à l'esprit pénétrant.

Pour ce qui est des recherches scientifiques, c'est l'histologie des psychoses qui a la préférence. Les recherches de Bouman sur les anomalies de l'écorce cérébrale dans la schizophrénie sont d'un puissant intérêt. « On trouve dans le cortex une nécrose cellulaire (en intensité dégradante) dans les couches III, V, VI et IV. »

Bouman, d'une façon magistrale, arrive à ramener le syndrome schizophrénique à une régression génétique (1), aussi bien en se plaçant au point de vue histo-pathologique qu'au point de vue psycho-pathologique.

C. Van der Heide développe dans une excellente thèse les recherches histo-pathologiques concernant la maladie de Pick.

A côté de ses travaux d'ordre psychiatrique, Bouman s'intéresse particulièrement à l'art préhistorique, et l'on peut retrou-

(1) Le Congrès hollando-belge de psychiatrie et de neurologie. *Psych. Neurol. Bl.*, 1934, n° 2 (résumé de cette étude en français).

ver le psychiâtre dans ses jugements sur l'art primitif (Das biogenetische Grundgesetz und die Psychologie der primitiven bildenden Kunst. Z. f. angewandte Psychologie. Bd XIV).

L'étroite collaboration existant entre le service neuro-psychiatrique de Bouman et le service de neurologie de Brouwer constitue le grand intérêt de l'Université d'Amsterdam comme centre d'enseignement pour le médecin ordinaire et le spécialiste du système nerveux. D'autant plus que l'étudiant peut en même temps suivre les cliniques de psychiatrie de L. Van der Horst, qui est attaché comme professeur à l'Université libre (Enseignement supérieur organisé par l'Eglise Réformée). Cette Université possède un service de psychiatrie (Clinique Valerius) sous la direction de Van der Horst, élève de Wiersma, la psychiatrie y est surtout pratiquée sur les bases psychologiques et expérimentales. Il a publié des travaux sur la tendance, les méthodes, les limites et les possibilités de la psychologie, sur les rapports existant entre la psychiatrie et la philosophie.

Son explication des psychoses d'involution d'après le caractère pré-psychotique et sa monographie dans laquelle il décrit le syndrome de Korsakow comme un trouble de l'orientation dans le temps, se réclament entièrement du domaine de la psychologie.

Ses recherches de psychologie expérimentale s'attachent surtout à l'analyse structurale et conduisent à la constatation d'analogies entre le type constitutionnel chez le malade et chez l'homme normal et à des corrélations entre le caractère des lésions saines et des déments précoces, et entre des pycniques sains et des psychoses cycliques.

Sur son initiative et avec la collaboration d'un grand nombre de psychiatres étrangers, on édite une Revue Néerlandaise de psychologie. Cette revue n'a rien de spécifiquement néerlandais à cause de la collaboration étrangère prépondérante.

Nous ne pouvons terminer cette notice sur l'Université d'Amsterdam sans rappeler les intéressantes recherches de De Jong qui, dans le laboratoire de la clinique de Neurologie, seul et en collaboration avec d'autres, notamment avec Henri Baruk et Van der Horst, s'est livré et se livre encore à d'importantes études relatives à la catatonie expérimentale, recherches qui, dès à présent, sont d'un grand intérêt pour la psychiatrie (1).

\*  
\*\*

(1) Voyez : La Catatonie expérimentale, *Revue Neurologique*, 1929 ; *L'Encéphale*, 1930 ; *Ann. Méd.-Psych.*, 1933.

UTRECHT. — *Université de l'Etat*  
*Clinique Neuro-Psychiatrique (130 lits)*

Jusqu'en 1925, la chaire de psychiatrie et neurologie a été occupée par C. Winkler. Sans doute Winkler était avant tout clinicien quand il s'agissait de psychiatrie, mais de plus il était neurologue et anatomiste.

Il défend ce point de vue que sans la connaissance approfondie de l'anatomie et de la physiologie de l'appareil de la vie de relation (c'est ainsi qu'il appelle le système nerveux) il n'est pas possible de pratiquer la psychiatrie clinique. Etant notre plus grand anatomiste du cerveau, l'examen neurologique méthodique avait la préférence dans son enseignement de la psychiatrie. S'appuyant sur les principes de Meynert et de Wernicke il a donné à la psychiatrie des bases biologiques. Il établit comme une première exigence l'étude de la partie inconsciente qui règle les manifestations conscientes. Sans doute il considérait la psychologie comme base utile de la psychiatrie, mais certes pas à la façon de Jaspers et Freud. Il ne considère pas la psychopathologie de Jaspers qui traite des rapports compréhensibles à côté des rapports causaux, comme apte à faire progresser la psychiatrie, pas plus que le « diagnostic dimensionnel ». La notion des phénomènes subjectifs, la phénoménologie, opposée à l'étude des phénomènes objectifs, qui sont sous la dépendance de transformations anatomiques, n'est pas considéré par lui comme permettant une différenciation exacte entre les maladies organiques et les maladies fonctionnelles.

Il s'accorde tout aussi mal avec la psychanalyse Freudienne, dans laquelle il voit l'accumulation d'hypothèses non confirmées et qui ne le seront jamais, dues à un homme génial possédant des dons de « combinaison » presque impossibles à suivre. Seule la psychologie descriptive et expérimentale, telle que Wiersma l'a fait fleurir dans notre pays, est pour lui d'importance capitale pour juger les facultés psychiques spéciales surtout lorsque cette psychologie s'adapte parfaitement aux résultats, obtenus de toute autre façon, auxquels Pavlov arriva dans ses recherches sur les réflexes conditionnels (Voyez : Winkler : *l'Avenir de la psychiatrie. Leçon d'adieu. Haarlem De Erven F. Bohn, 1925*).

En 1925, L. Bouman, décédé depuis que cet article a été rédigé, succéda à Winkler. Il pratiqua ses premières recherches dans l'asile d'aliénés de Bloemendaal-Loosduinen. En 1907, il fut nommé professeur à l'Université libre d'Amsterdam. En 1925,



il inaugura sa carrière de professeur à Utrecht en y prononçant un discours sur « la pratique scientifique de la psychiatrie » discours dans lequel il montre nettement sa sympathie à l'égard des découvertes anatomiques et sérologiques mais où il s'oppose immédiatement à une conception anatomique trop unilatérale.

Contrairement à Winkler, il défendait la grande signification des méthodes psychologiques. Son discours « Psychiatrie et Neurologie », se termine par ces mots de Pascal : « Nous connaissons la vérité non seulement par la raison, mais encore par le cœur ». Dans son article « Biologie et Psychopathologie », il insista une fois de plus sur cette conception : que les considérations biologiques sont, bien entendu, d'une très grande importance en psychiatrie, mais ne sont pas suffisantes. La phénoménologie et la psychopathologie compréhensive restent indispensables à la psychiatrie. Et il attachait aussi une grande valeur, dans l'examen clinique, à tout ce qui tient compte de la constitution, de l'analyse de la structure, de la caractériologie, de la psychanalyse et de la phénoménologie. Il fut parmi les premiers chez nous à exprimer cette idée que la psychopathologie, constituée par lui comme base de la psychiatrie clinique, demandait à être revue ; il introduisit chez nous la psychologie de Külpe et la psychopathologie de Jaspers. Il considérait comme adjuvants indispensables à la compréhension clinique, la recherche des rapports compréhensibles, l'examen phénoménologique, la notion d'un processus vis-à-vis du développement de la personnalité, les actes psychiques. Il apprécie beaucoup la psychanalyse mais ne lui ménage pas ses critiques.

Déjà avant la publication des travaux de Kretschmer, il tentait de rendre le diagnostic « dimensionnel », depuis des années il emploie la méthode d'analyse de la structure. Il tend vers une classification suivant des types. Dans son enseignement ces conceptions se montrent nettement. Il s'intéresse aux modifications cliniques dans les psychoses. Avec Van Hasselt il a étudié la réaction d'Abderhalden dans les psychoses ; Heidema fit dans son service une thèse sur la « teneur du sang et sucre dans les psychoses ». Mais l'intérêt de Bouman allait surtout aux troubles histopathologiques dans les psychoses. Il étudia à fond, avec Bok, la paralysie générale, la démence sénile et l'encéphalite. Avec Grünbaum il travailla le problème ardu de l'aphasie, de la chronognosie et de l'agraphie.

Dans diverses études de ces dernières années on découvre nettement une tentative de synthèse des différentes méthodes de recherches psychiatriques (« psychose d'involution et psychoses

préséniles », « la paranoïa », « l'hystérie », « biologie et psychopathologie »).

En outre Bouman possédait l'art de s'assurer la collaboration d'esprits scientifiques d'avant plan. A ce sujet je nommerai Van Hasselt, pour ses recherches chimico-sérologiques ; Bok, histopathologiste, Grünbaum psychologue, avec qui il travailla de longues années. Il faut encore citer Rümke qui actuellement est attaché à la Clinique Universitaire d'Utrecht comme professeur extraordinaire de psychologie médicale. Rümke a fourni du beau travail au sujet de diverses questions psychopathologiques et pédagogiques relatives à l'enfance. Dans un article intitulé « Psychiatrie clinique » (Psychiatrische et Neurologische. Bladen 1932) il expose son point de vue au sujet de la recherche et de l'enseignement psychiatrique scientifique. Il considère que la psychiatrie clinique est le point de départ et la pierre de touche de toutes les autres branches de la psychiatrie.

Parmi ces dernières, ses préférences vont à la phénoménologie, la caractériologie, et la psychothérapie et son esprit est surtout orienté vers la recherche d'une base de psychologie évolutionnelle. A ce sujet citons son « Lebensphasen und Psychothérapie », où il dit : « La psychologie d'évolution a comme tâche de donner une base à la psychothérapie. Rien ne manque à la psychothérapie autant que d'être appuyée sur des données de psychologie normale. »

Ces préoccupations on les retrouve encore dans ses écrits au sujet de l'hystérie et au sujet « du rapport existant entre le contenu manifeste et le contenu latent du rêve ».

#### GRONINGUE. — *Université de l'Etat. — Clinique de l'Etat*

(144 lits)

La clinique de Groningue a été pendant des années le centre, pour la psychiatrie, de la tendance psychologique orientée vers des voies expérimentales. Le professeur était alors E.-D. Wiersma. Partisan du psychomonomie, il exécuta quantité de recherches réalisées aux fonctions psychiques et à leurs rapports avec la constitution, la structure du corps et le caractère. Pour quantité de psychoses, on recherchait une explication psychologique basée sur le caractère prémorbide. En même temps, on accordait une grande place aux troubles de la conscience. A la suite de cela, l'épilepsie prit un aspect très particulier. Une grande partie de ces recherches sont réunies dans « Capita Psychopa-

thologica », livre publié par Wiersma et qui fut également traduit en anglais.

En ces dernières années, Wiersma publia encore des recherches basées principalement sur une importante enquête faite avec Heymans sur les rapports entre les fonctions psychologiques, la structure du corps, la race et la constitution, et où il conclut que l'euryblastie et la leptoblastie ne conditionnent pas seulement la forme du corps, mais sont parallèles au développement de fonctions physiologiques et psychologiques spéciales.

Dans le laboratoire de Wiersma, ses élèves se sont occupés de nombreuses recherches relatives à la psychologie expérimentale, dont nous citerons celles de Weinberg, bien connues à l'étranger. Il étudia expérimentalement la dépendance existant entre les processus psychiques et les processus somatiques. Les conclusions l'amènèrent à établir une théorie psychophysiologique.

Après le départ de Wiersma, en 1930, la chaire de psychiatrie et neurologie fut occupée par Van der Scheer. Son enseignement est basé sur l'anatomie et la physiologie du système nerveux central, sur la conception que tout fait psychique anormal résulte d'un fonctionnement anormal du système nerveux central.

On recherche une base anatomo-physiologique du mécanisme des réactions de l'homme. On accorde une grande importance au développement phylogénétique et ontogénétique du système nerveux central et de ses fonctions, grâce auquel le fonctionnement ancien de certains instincts est transformé, tandis que de nouveaux naissent. On se base dans ces travaux sur la théorie des réflexes de Bechterev et Pavlov.

On se préoccupe principalement de la grande importance du tronc cérébral pour les diverses psychoses et principalement pour les psycho-névroses. Les conceptions selon lesquelles l'affectivité dans sa forme ancestrale est incluse dans le tronc cérébral, et que, lors de l'éclosion des névroses, l'affectivité est d'une importance capitale, oblige à prêter une grande valeur pathogénique aux lésions du tronc ou à ses dispositions insuffisantes, vu la fréquence des phénomènes névrosiques lors de l'atteinte du tronc cérébral. Les troubles qualitatifs, qui transforment la personnalité, sont mis en rapport avec un trouble maladif de la fonction du tronc cérébral, l'insuffisance quantitative des processus psychiques plus fins est rapportée à une dégénérescence de la substance d'écorce cérébrale. L'étude des

états encéphalitiques et post-encéphalitiques indique, dans ce domaine, la voie à suivre et conduit à la suppression de la notion trop étendue de la schizophrénie.

Lors de l'examen clinique, une grande valeur est attribuée à l'examen somatique, à cause de ce principe que le système nerveux central et le soma forment un seul ensemble organique, ainsi il se pourra que des troubles psychiques provoquent des affections somatiques, et que des troubles somatiques provoquent des réactions psychiques anormales.

Lors des examens, on utilise largement les recherches de psychologie expérimentale pratiquées dans le laboratoire organisé par Wiersma. C'est là que Wuite, au point de vue clinique et au point de vue de la psychologie expérimentale, mit au point sa thèse sur « la méthode de Hirsauer et le parkinsonisme post-encéphalitique ».

L'analyse du liquide céphalo-rachidien est faite systématiquement, la réaction de l'or colloïdal est considérée comme très importante. L'analyse du sang aussi se fait régulièrement, au point de vue chimique et microscopique (Emotion et tronc cérébral, thèse Palies).

On voit donc, dans cette orientation des recherches, une grande similitude avec celle de la clinique viennoise de Wagner von Jaureg.

Pour ce qui est de la nomenclature des syndromes psychiques, on utilise principalement la classification de Kræpelin et on partage sa conception qui considère les syndromes psychiques comme une réponse naturelle de la machine humaine et comme entièrement sous la dépendance de l'existence de certains mécanismes de réaction.

On prête beaucoup d'attention à la thérapeutique. On applique largement la malariathérapie dans la paralysie générale, la cure au pyrifèr dans les psychoses syphilitiques, la cure de sommeil par le somnifène dans la psychose maniaco-dépressive (qui est souvent conçue comme une réaction allergique dans laquelle le tronc cérébral joue un rôle prépondérant), la cure d'urotropine et de septojod dans les psychoses post-encéphalitiques et les psychopathies.

La psychothérapie s'emploie surtout sous forme de la thérapeutique dite active avec la thérapie du travail comme adjuvant essentiel. L'expérience que Van der Scheer acquit à ce sujet à Santpoort l'incita à l'introduire également dans cette clinique où il s'avéra que les psycho-névroses surtout, en retiraient des avantages.

Dans l'enseignement, on accorde une grande place à la psychiatrie sociale, qui, pour le médecin praticien, a une si grande importance.

#### TENDANCE DES RECHERCHES ET DU TRAVAIL SCIENTIFIQUE DANS LES ASILES D'ALIÉNÉS

A côté des cliniques universitaires, les asiles d'aliénés, grâce à leur organisation en Hollande, interviennent d'une façon vivante dans la formation des psychiatres et dans les progrès de la psychiatrie. Pourtant ces asiles, malgré leurs forces remarquables et leur matériel énorme, ne sont pas encore, malheureusement, inclus dans l'ensemble du fonctionnement universitaire.

Dans les bons asiles néerlandais, on trouve, à côté des bibliothèques, des laboratoires de recherches histopathologiques, psychologiques et sérologiques.

La remarquable œuvre psychiatrique des médecins d'asile prouve l'importance des asiles comme centres scientifiques à ranger à côté des cliniques universitaires. Pour rester concis, nous ne pouvons citer ici que quelques travaux et quelques chercheurs. Nous les choisirons dans le domaine de la thérapeutique des recherches relatives à l'hérédité et du problème des constitutions dans les psychoses.

*Thérapeutique.* — A l'asile provincial de Santpoort, sous la direction de Van der Scheer, les Docteurs Dozy, Stuurman, Gans, Bramson, Meerloo, Beyerman, ont étudié l'influence, sur les malades atteints de psychoses, de la cure de quinze jours de somnifène, préconisée par Kläsi dans la démence précoce. Dans une expérimentation portant sur cinq cents cas, la grande valeur de cette cure s'est affirmée pour la guérison des phases maniaques et dépressives de la psychose maniaco-dépressive (1).

Donkersloot, à Maasoord, et Stärcke, à Den Dolder, arrivèrent aux mêmes conclusions. Des recherches parallèles ont été faites par Engelman (2) à l'Institut Sainte-Anne de Venraay. Ce dernier n'a pas seulement utilisé le somnifène, mais aussi le dial. Au « Appeldoornsche Bosch » Schrijver fournit une belle contribution à l'étude du mécanisme biologique de la cure du sommeil (3) Meerloo alors que, de Santpoort, il avait passé à

(1) *Congrès des médecins aliénistes et neurologistes*, 1927.

(2) *Ned. Tijdsch. v. Gen.*

(3) *Z. f. d. G. N. u. P.*, Bd. 135, P.N.Bl., 1931.



Maasoord, rassembla et combina le matériel recueilli en Hollande en une excellente thèse (*L'action des dérivés barbituriques principalement dans les psychoses*, Paris-Amsterdam).

D'un grand nombre d'articles publiés par ce chercheur après cette thèse, ressortent ses préférences pour l'étude des phénomènes psychiques dépendant du fonctionnement du tronc cérébral.

La pyrétothérapie de la paralysie générale a été appliquée au moyen de la malaria à Santpoort (Gans), au moyen de la malaria et de la fièvre récurrente à Maasoord (Frets) et à Den Dolder au moyen d'injections de lait. Stärcke (1) injecte du lait et, à l'acmé de la poussée de température provoquée ainsi, la plus grande dose de néosalvarsan. En même temps, l'organisme est inondé d'iodure de potassium. Les résultats obtenus ne sont pas inférieurs à ceux que donne la malaria.

La thérapeutique active, qu'on peut appeler une thérapeutique pédagogique, a introduit une réforme dans le traitement des aliénés et est capable de faire disparaître les vieux préjugés existant à l'égard des aliénés (2).

Lorsque le plus grand établissement hollandais, l'Asile Provincial de Santpoort, prit l'initiative de réorganiser, suivant les principes de la thérapeutique active de Simon, le traitement qui cependant était déjà arrivé à un niveau élevé (ergothérapie), un grand nombre d'asiles importants ont suivi la même voie. Il serait trop long de développer ces principes. Nous renverrons au bref rapport donné au Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France (1928). On peut constater avec satisfaction qu'en Hollande, les principes de cette thérapeutique active, pédagogique, se sont implantés, et que l'agitation et l'inquiétude des malades se transforme de plus en plus en une activité tranquille.

*Hérédité.* — L'hérédité des psychoses fut surtout étudiée dans notre pays par Frets, l'anatomo-pathologiste de l'Institut psychiatrique Maasoord de la ville de Rotterdam.

Frets, qui est un de nos bons chercheurs dans le domaine de l'histopathologie des psychoses, est en même temps un de nos spécialistes de l'hérédité des plus éminents (« recherches sur

(1) STÄRCKE. — *Moderne behandeling van geesteszieken*. Ned. Maandschr. voor Geneeskunde.

(2) VAN DER SCHEER. — *Nieuwere inzichten in de behandeling van Geesteszieken*, Wolters, Groningen. Idées nouvelles sur le traitement des aliénés agités, Congrès des Médecins et Neurologistes, 1928.

l'hérédité en psychiatrie », voyez plus loin aux mesures d'eugénique).

L'hérédité des psychoses fut étudiée, en dehors de Frets, par Stuurman, attaché d'abord à l'Asile Provincial de Santpoort, puis à l'Institut Endegeest de Leyde, dont il est actuellement médecin directeur. Ensuite par Lobstein du « Appeldoornsche Bosch » qui, à plusieurs reprises, fit des recherches importantes sur l'hérédité des psychoses paranoïdes et des affections mentales et nerveuses chez les Juifs. Cependant que Hutter (Clinique psychiatrique Ockenburg à Loosduinen) étudia l'hérédité dans la schizophrénie, les psychoses d'involution et la paralysie générale.

Le problème des *constitutions* aussi fut étudié de près à l'Asile de Santpoort, d'abord par Stuurman et Briede, plus tard, sous la direction de Rombouts, par Audier, qui fit une thèse sur « Constitution et Psychose ». Braat également consacra une thèse à des cas observés à Santpoort, « La psychologie expérimentale et les types constitutionnels de Kretschmer », étude qui peut être considérée comme la suite des recherches entreprises d'abord par Van der Horst au laboratoire de Wiersma à Groningue. On y essaye d'établir objectivement certaines propriétés définies des types de Kretschmer en usant d'expérimentations psychologiques.

En rapport avec ceci, il ne faut pas oublier les travaux de Rombouts, médecin de l'asile provincial de Santpoort. Ses nombreuses études sur la psychologie de la personnalité l'amènèrent à publier un livre intitulé : *Structure du caractère*. Ce livre est basé sur des conceptions médico-biologiques.

Je ne peux pas terminer ce chapitre, relatif à la signification des asiles dans la science psychiatrique, sans citer encore quelques autres chercheurs de ces dernières années.

A l'asile *Oud Rozenburg* de La Haye, Verhaart travaillait surtout l'anatomie pathologique, Endtz la psychanalyse, Flohil la clinique et la sérologie.

A l'asile de *Santpoort*, le médecin directeur Kraus s'occupait de la psychiatrie sociale, Posthumus Meyes de l'anatomie pathologique, Timmer de l'anatomie pathologique et de la psychophysiologie comparée.

A l'asile de *Maasoord*, le médecin directeur Van der Spek s'intéresse à la psychologie et à la psychiatrie sociale, Teenstra aime le domaine organique, clinique et thérapeutique de la psychiatrie, de même que Visser.

A *Grave*, *Trotsenburg* apporta des contributions intéressan-

tes à l'étude de la signification de l'électricité pour la psychologie et la psychiatrie.

A l'asile *Endegeest* à Leyde, Jelgersma Jr. est un ardent défenseur de la psychanalyse.

A l'Institut *Sainte-Anne*, à Venraay, Schmidt met en valeur l'importance de l'anatomie pathologique en psychiatrie, cependant que le médecin directeur Schim van der Loeff, en collaboration avec Barnhoorn, médecin directeur de l'asile Saint-Willebrordus à Heiloo, écrivait un livre sur « Les malades mentaux et leur traitement ».

Au « *Appeldoornsche Bosch* », le médecin directeur Kat est un de nos éminents spécialistes des questions de psychiatrie sociale et Schrijver, en collaboration avec sa femme, y travaillait beaucoup de problèmes chimiques et sérologiques.

A l'Institut *de Willem Arntzhoeve*, à De Dolder, De Sauvage Nolting s'oriente vers la psychanalyse, mais il faut citer particulièrement Stärcke, qui est un des meilleurs psychanalystes du pays. J'aurai l'occasion plus loin de revenir à Van der Høven, Médecin de l'Asile d'Utrecht.

A *Wolfhezen*, Ronda a étudié les troubles menstruels dans les psychoses cependant qu'à l'Institut Saint-Servais, de Venraay, De Vries et Haverman étudiaient des questions psychanalytiques.

Le médecin directeur de l'Institut *Bloemendaal* à Loosduiven Meinema, a publié un petit volume sur le traitement en famille, Hutter qui est attaché à la clinique « *Ockenburg* » (qui dépend de ce dernier Institut) s'occupe, en plus de ses recherches relatives à l'hérédité, de l'eschatologie chez les schizophrènes.

Pour ce qui est de l'Institut médical *Voorburg*, je citerai Koenen, l'actuel inspecteur gouvernemental des aliénés, qui écrivit un travail sur la « Faiblesse mentale chez l'Enfant », étude d'une grande signification pédagogique et sociale, et Kortenhorst et Jansen, qui ont obtenu leurs galons dans le domaine de la psychiatrie sociale.

Beyerman aussi, médecin directeur de l'hôpital *Sint-Joris* à Delft, a fort contribué au développement de la notion de « Psychiatrie sociale ».

#### PSYCHANALYSTES ET PSYCHOTHÉRAPEUTES

Il faut encore citer les psychanalystes et psychothérapeutes. Ils exercent une assez grande influence sur les tendances actuel-

les de la psychiatrie en Hollande. Beaucoup d'entre eux n'appartiennent ni à une Université, ni à un asile, d'autres y appartiennent, tels Stäacke, Rümke, Carp et Jelgersma.

Les psychanalystes en général s'orientent nettement vers la doctrine de Freud.

Ils ont publié des aperçus généraux très importants sur la psychanalyse. Je n'en citerai que le livre de Stärcke, « Psychoanalyse und Psychiatrie » (Int. Ps. Vrl. 1921) et le traité de psychopathologie de Muller, Professeur agrégé de l'Université de Leyde. On a beaucoup publié au sujet de cas de psychoses. Ainsi, à côté d'analyses de névrosés, il y a des analyses de cas de schizophrénie, de psychose maniaco-dépressive, de démence sénile (Stärcke, Westerman Holsteyn, Rombouts, Jelgersma). Les aperçus analytiques sur l'art et les artistes sont également fort intéressants (Stärcke, Van der Chijs, Westerman Holsteyn). Rümke, Professeur extraordinaire de psychologie médicale à Utrecht, et Van der Hoop, Professeur agrégé à l'Université d'Amsterdam, sont à citer comme principaux représentants des tendances de Jung, Maeder.

Ils ont publié également divers travaux : de Rümke par exemple : « Sur les rapports entre la psychothérapie et la psychologie évolutive », sur « la psychothérapie et les phases de la vie », « l'enfant asocial », « la psychiatrie clinique », publications où se révèlent son goût pour la phénoménologie, la caractériologie et la psychothérapie, et sa recherche d'une base de psychologie évolutive pour la psychiatrie ; de Van der Hoop : « Sur la sexualité », « la morale et la conception de la vie », « la valeur de la psychanalyse pour la médecine infantile », « l'homosexualité ».

La théorie d'Adler trouve peu d'adeptes parmi les psychiatres. Ronge est, parmi eux, le plus en vue. Il a publié des articles sur « La psychologie individuelle d'Adler » (N. T. v. G. 1930) sur les obsessions et sur les enfants psychopathes (Geneeskundige Gids 1930, 1931 et 1932). Cependant, parmi les médecins ordinaires, les théologues et les pédagogues, les théories d'Adler comptent beaucoup de partisans.

#### PSYCHIATRIE SOCIALE ET HYGIÈNE MENTALE

Nous tenons à montrer brièvement les voies suivies dans le domaine scientifique de la psychiatrie clinique par les Associations, les cliniques universitaires, les asiles d'aliénés et le groupe de psychanalystes et psychothérapeutes. Il nous faut

maintenant envisager les différents problèmes soulevés par la psychiatrie dans ses rapports avec la société et son influence sur celle-ci.

Ici, nous entrons dans le domaine du traitement des malades mentaux, de la psychiatrie sociale et de l'hygiène mentale.

Dans ce domaine aussi, il y a du nouveau chez nous et on s'est préoccupé de ces questions qui ne sont pas seulement relatives à l'état mental du malade, mais aussi et surtout à la santé mentale de la société. On porte un grand intérêt à la prophylaxie, la prévention et la limitation des troubles affectant la mentalité du peuple. *La lutte contre l'abus de l'alcool* a pris chez nous une grande ampleur. De nombreuses sociétés d'abstinents produisent un travail remarquable, aidées par les contributions scientifiques de médecins éminents (K.-H. Bouman, Delhez). La lutte contre d'autres toxiques que l'alcool (morphine, cocaïne) est à peine nécessaire dans notre pays.

La lutte contre les maladies vénériennes et la divulgation d'une meilleure connaissance de leurs dangers est réalisée par « l'Association Néerlandaise pour l'hygiène morale ».

Des questions auxquelles on porte aussi un grand intérêt dans notre pays sont celles qui recherchent jusqu'à quel point la profession, le rythme et la rationalisation du travail peuvent être nuisibles à la santé mentale publique et celles qui recherchent jusqu'à quel point peuvent être nuisibles les lois sociales qui s'appliquent à l'ouvrier dans ces domaines. Ces recherches pourtant n'ont pas encore abouti à une décision définitive.

On accorde aux conditions de milieu une grande influence sur le développement mental de l'enfant. Ces questions ont été étudiées avec soin chez nous. Je citerai, comme psychiatres, Rümke et Groeneveld, comme pédagogues, Casimir, Watering, Kohnstam.

L'étude de l'importance des facteurs sociaux, misère, problème du logement, vie dans les grandes villes, au point de vue de la délinquance, de l'immoralité, de la prostitution, de la psychopathie, de l'arriération, éveille de plus en plus l'intérêt et quantité de chercheurs sérieux tendent à accorder un très grand rôle à des facteurs sociaux défavorables. Je citerai Postma (1), Querido (2), Bonger (3).

(1) De oorzaken van antisociaal gedrag bij kinderen liggende in de samenstelling van het gezin. *Mensch. en Maatschappij*, 7<sup>e</sup> Jaargang, n<sup>o</sup> 3.

(2) Het Zeeburgerdorp.

(3) a. Zelfmoord als maatschappelijk verschijnsel. *Mensch. en Maatschappij*, 1929 ; b. *Tijdschrift voor Armwezen.*, Jg. 7, n<sup>o</sup> 155.



## MESURES EUGÉNIQUES :

## LE PROBLÈME DE LA STÉRILISATION ET DE LA CASTRATION

Des mesures d'eugénique ne peuvent être légitimées que par des recherches sur l'hérédité. Il existe dans notre pays un grand nombre d'associations préoccupées des problèmes de l'hérédité. Elles se sont groupées en une « *Fédération Néerlandaise d'Eugénique* ». Il en résulte, en 1933, la création de l'« *Institut Néerlandais d'études sur l'hérédité chez l'homme et de biologie racique* ». De plus, on publie une revue trimestrielle, « *L'Hérédité chez l'homme* ». Une de nos meilleures spécialités des questions de l'hérédité était Mlle Van Herwerden, décédée en 1933. Son livre « *L'Hérédité chez l'homme et l'Eugénique* » fournit au chercheur une documentation sérieuse. Il faut, dans cet ordre d'idées, citer encore Van Waardenburg parmi les hommes d'avant-plan, de même que Sanders.

Parmi les psychiatres, il faut nommer en tout premier lieu Frets, sur le travail de qui nous avons déjà attiré l'attention (page 568).

Il y a peu de mois, il publia un livré excellent sur « l'hérédité » (*Arbeiderspers.* 1935).

J'ai cité Stuurman, Lobstein, Hutter, qui ont fait des recherches sur l'hérédité des psychoses.

Ces recherches cependant n'ont pas semblé conduire à des résultats scientifiques suffisamment étagés pour qu'on ne puisse déduire des règles applicables à cette partie de l'eugénique qu'on nomme stérilisation.

Pendant ces dernières années, on s'est préoccupé notamment de savoir si le principe de la stérilisation peut se prévaloir de conclusions tirées de l'eugénique, et si elle doit être réglementée par la Loi. Des lois de ce genre, en effet, n'existent pas encore chez nous.

Pendant longtemps les psychiatres, à l'exception de Frets, se sont tenus à l'écart de ce problème et sont restés dans l'expectative. Lorsque, dans le discours inaugural de 1930, van der Scheer eut préconisé une étude sérieuse de ce problème, l'association des psychiatres et juristes en 1932 mit cette question à l'ordre du jour et invita, comme psychiatre, Frets, comme juriste, Van Bemmelen.

Il est, certes, étonnant que la première étude approfondie sur ce problème ne fût pas écrite par un psychiatre, mais par un juriste (Pippel. Thèse. Leyde, 1933).

Sanders a pris chez nous la position la plus extrême et il est

partisan d'une loi qui autoriserait la ségrégation, la stérilisation et la castration, pour prévenir une progéniture dégénérée.

Frets souhaite une réglementation légale, mais est prudent dans ses opinions. Il trouve admissible un essai prudent qui étudierait chaque cas l'un après l'autre, mais pense qu'il existe des empêchements moraux à ce qu'on prenne une décision d'ensemble.

Grewel considère comme *non scientifiques* les bases sur lesquelles on a établi, à l'étranger, les lois de stérilisation, et il en est plusieurs parmi elles qu'il qualifie de « eugénique apparemment biologique ».

Herderschee, qui écrit un ouvrage modèle sur « les enfants arriérés », est également sceptique vis-à-vis de la stérilisation si développée à l'étranger.

Personnellement, nous sommes d'avis que les formes d'aliénation et d'arriération mentales réunies jusqu'à ce jour dans des groupes distincts ne sont, ni étiologiquement ni nosologiquement, des entités. Ce qui complique hautement l'étude de l'hérédité, c'est que les mêmes diagnostics réunissent souvent en une seule rubrique des choses apparemment mais non réellement identiques. Il en résulte que les fondements sur lesquels on pourrait baser des mesures d'eugénique et des lois de stérilisation sont encore fort incertains.

Pour autant que nous connaissions notre pays, nous jugeons improbable que d'ici longtemps on réglemente la stérilisation en se basant sur l'insuffisance mentale.

Pour ce qui est du problème de la castration, où il s'agit, non de questions d'eugénique, mais de questions médicales, et où la question se pose de savoir si l'anomalie sexuelle est guérissable par la castration, les expériences sont encore trop limitées dans notre pays.

Cette année a paru un livre, écrit par Sanders, en collaboration avec les psychiatres Van der Horst, Kortenhorst et Westertp, dans lequel ce problème est longuement étudié et où l'on émet le vœu qu'en haut lieu, on procède à la création d'une commission supérieure dont on pourrait solliciter l'avis (Sanders. *Le problème de la castration*, Naeff. 's Gravenhage).

#### LA PRATIQUE DE LA PSYCHIATRIE SOCIALE

Nous en sommes arrivés maintenant à la pratique de la psychiatrie sociale, telle qu'elle existe en Hollande, et qui comprend le traitement des aliénés et des malades mentaux.

Cette aide comprend :

- A) Les établissements destinés à des catégories déterminées de troubles mentaux ;
- B) L'aide dans la vie sociale.

A) TRAITEMENT DANS LES ASILES. — Les cliniques universitaires mises à part, il existe en Hollande quarante-trois instituts pour arriérés et aliénés, les uns étant des instituts ouverts, les autres des instituts fermés. De plus, notre pays possède une colonie pour traitement familial, l'Institution « Beileroord » à Beilen (Médecin directeur Hemmes).

À la date du 1<sup>er</sup> janvier 1935, la population des asiles s'élevait à 23.700, le nombre de médecins d'asile à 115, de sorte qu'il existe une moyenne de un psychiatre pour deux cents malades.

*Organisation de l'établissement :* Le personnel préposé aux soins — y compris le personnel des établissements religieux — reçoit un enseignement professionnel. Les médecins, la plupart psychiatres, sont nommés par un collège indépendant de l'asile, auquel ils adressent leur demande. La direction de l'asile est entièrement confiée au médecin directeur qui, lui aussi, est nommé par le collège. La direction médico-psychiatrique unique donne l'assurance que le *traitement médical* est pris à cœur aussi bien que l'assistance des aliénés.

*Inspection et surveillance gouvernementales :* La surveillance de la construction, du fonctionnement et de l'organisation des asiles (nombre de pièces, nombre de médecins), à laquelle le Gouvernement est astreint par la loi, est également confiée à des psychiatres spécialisés. Il y en a trois : Pameyer, Koenen, Wessels. L'influence des inspecteurs des asiles d'aliénés a toujours été grande.

Il faut nommer ici l'ancien inspecteur Schuurmans Stekhoven, qui favorisa la création de pavillons ouverts. Actuellement, 19 des 43 instituts comprennent une section ouverte (1).

Il y a, parmi les psychiatres de notre pays, une forte tendance à favoriser les sections ouvertes et à limiter l'internement aux malades qui s'opposent violemment à l'hospitalisa-

(1) Pour l'admission dans une section fermée de l'asile d'aliénés, il faut un réquisitoire judiciaire qui peut être délivré par le Juge du canton et plus tard par le Tribunal sur présentation d'un certificat médical constatant nettement l'aliénation mentale du malade.

Pour l'admission dans une section ouverte, il ne faut pas de réquisitoire.

Pourtant, les sections ouvertes des asiles, tout comme les sections fermées, sont soumises à la surveillance des Inspecteurs de l'Etat.

tion. Mais il faudrait pour cela modifier la loi, à quoi les juristes s'opposent fortement.

**EPILEPSIE.** — Dans presque tous les pays, les épileptiques ont occupé une place spéciale au milieu des autres aliénés. Cela a été le cas aussi en Hollande.

Pour ce qui est de l'étude de l'épilepsie, Muskens est une figure d'avant-plan, non seulement chez nous, mais aussi à l'étranger.

Son ouvrage, récemment paru, sur l'épilepsie, a intéressé à juste titre notre pays et l'étranger.

Le traitement de ces malades se fait en général d'une façon disséminée, au milieu des autres malades des asiles ordinaires. Mais deux asiles sont réservés aux épileptiques, l'un à Heel et Panheel, et l'autre à Heemstede. Ce dernier institut est dirigé par des psychiatres spécialisés. Anciennement, c'étaient Van der Spek et Van Walsem. Actuellement, Ledebøer y est attaché.

**B) L'AIDE AUX ALIÉNÉS EN LIBERTÉ.** — Prévention et soins consécutifs.

Comme suite à la tendance vers l'amélioration du sort des aliénés et au désir d'une libération précoce, on créa une organisation pour assister les anormaux mentaux en liberté.

On la retrouve sous deux formes dans notre pays, qui sont :

1° *La prévention et les soins consécutifs se trouvant sous la dépendance d'établissements pour aliénés.*

2° *L'aide prêtée par des associations indépendantes ou des administrations.*

1. Les services de prévention et de soins consécutifs dépendant des instituts s'appellent aussi parfois « *services externes* ». A leur tête se trouve un psychiatre, secondé par une infirmière ou une assistante sociale. A la consultation du service on donne des conseils aux malades et aux familles. Le premier service externe en Hollande fut organisé par Pameyer, à ce moment médecin-directeur à Maasoord, actuellement Inspecteur des Asiles de l'Etat. Aujourd'hui on trouve des services de soins consécutifs, attachés à beaucoup d'autres asiles, et organisés selon les mêmes principes.

2. Aide aux aliénés en liberté, émanant d'associations indépendantes ou organismes gouvernementaux.

a) Il faut citer, comme la plus ancienne, *l'Association centrale pour la gestion des intérêts sociaux des malades nerveux et mentaux.*

Actuellement elle possède des consultations à vingt-deux endroits du pays, consultations qui sont, soit rattachées aux services externes cités plus haut, soit indépendantes.

Cette association doit son essor à l'ardeur infatigable et au dévouement de son président, Meyers, qui a publié un grand nombre d'écrits de propagande.

b) A côté de cette association, ayant le même but et une organisation similaire, en sont nées d'autres, telle l'*Association Charitable Catholique d'Hygiène Mentale*, à laquelle l'impulsion est donnée par le psychiatre Kortenhorst.

c) Il faut citer à part le *service communal d'Hygiène Mentale d'Amsterdam* (Directeur, Heyermans) avec deux psychiatres (Querido et Wuite) et un grand nombre d'assistantes sociales, qui s'occupent de la prévention et des soins consécutifs nécessaires à tous les anormaux mentaux de cette grande ville.

Alors que la direction et l'organisation de la prévention et des soins consécutifs à donner aux aliénés sont entièrement aux mains des psychiatres, alors que les consultations citées plus haut, les services externes et les associations dont il a été question, peuvent s'appeler des organismes de psychiatrie *appliquée*, il n'en est plus de même aussitôt que nous entrons dans le domaine du *traitement des insuffisants mentaux, du traitement des psychopathes* et de la *criminalité*.

*Le traitement des insuffisants mentaux.* — Il est vrai que le traitement des formes graves d'insuffisance mentale appartient au domaine du traitement des aliénés et que la loi sur les aliénés met au même rang les instituts pour insuffisants mentaux et les asiles d'aliénés. Ici aussi la direction est donc confiée au psychiatre. Mais à côté de lui, le pédagogue prend son importance dans le traitement de l'enfant arriéré. Cependant, on apprécie fort la collaboration avec le psychiatre. De là résulte que pendant ces dernières années est né en Hollande un mouvement grâce auquel l'*Enseignement spécial pour enfants arriérés* est devenu un foyer d'intérêt et grâce auquel les consultations pour l'examen psychotechnique ont attiré l'attention.

Il y a dans notre pays deux instituts pédagogiques. L'un, catholique, à Nimègue (Directeur, le Professeur Ruten) ; l'autre, dépendant de l'Université libre d'Amsterdam (Directeur, le Professeur Watering). Il existe, en Hollande, cinquante-huit écoles communales pour arriérés, avec environ 9.000 élèves. L'enseignement spécial est donné à des arriérés dans treize internats. Il y a un inspecteur médical de l'Etat, Van Voorthuyzen, qui a beaucoup fait et fait actuellement encore beaucoup pour le déve-



loppement de cet enseignement spécial, et qui est un vrai père pour ce grand groupe d'insuffisants mentaux. La plupart des provinces encouragent la fréquentation de ces écoles, au moyen de subventions financières.

En ces dernières années on a recherché une plus grande perfection en organisant un bon service de soins consécutifs et en créant des centres de travail grâce auxquels les résultats obtenus par l'enseignement spécial ne vont pas perdus. De ces centres de travail, il en existe déjà dix-neuf en Hollande.

### LA CRIMINALITÉ ET L'AIDE AUX PSYCHOPATHES

Si dans le domaine de l'éducation de l'enfant anormal l'influence du psychiatre devient toujours plus grande, cette influence est aussi déjà marquante, bien que toujours insuffisante, dans le domaine de la criminalité et du traitement des psychopathes.

La loi pénale néerlandaise a donné une place de grande importance au psychiatre.

Si l'on suppose que la responsabilité du délinquant est insuffisante par suite « de trouble pathologique ou développement insuffisant des facultés mentales », le Tribunal peut demander l'avis du psychiatre. Son opinion au sujet du manque ou de la diminution de la responsabilité de l'accusé a une grande influence sur le jugement.

Le délinquant peut :

- a) être placé pendant un an dans un asile d'aliénés ;
- b) être enfermé dans une prison spéciale à la tête de laquelle se trouve le psychiatre Scholtens ;
- c) être placé pour deux ans dans un asile pour psychopathes dirigé par le psychiatre Westerterp.

Lorsque le malade ne s'améliore pas ou que l'on craint des récidives, la durée de placement à l'asile peut être prolongée.

Les psychopathes criminels peuvent également être placés dans les sections spéciales attachées à des asiles d'aliénés.

L'intérêt qu'on porte à la psychiatrie légale est très grand et a donné lieu à l'étude des diverses questions.

Van der Hoeven a écrit un excellent ouvrage sur la psychiatrie à l'usage des juristes et des assistants sociaux (trois tomes), qui a cependant une portée trop large que pour être limitée aux juristes et aux travailleurs sociaux. Il a publié également un travail sur la signification médico-légale de la psychose maniaco-dépressive. Beaucoup de communications ont été consacrées à l'importance du psychiatre en justice.

On peut encore citer celles sur la signification des nouvelles idées en psychopathologie pour le juriste (Rombouts), celle sur la valeur de l'examen psychologique pour le Tribunal (L. Bouman, Heidema, Van den Hoeven, Wiersma), celle sur la collaboration du psychiatre et le reclassement (Kortenhorst), celles sur l'enfant antisocial (Rümke) et l'enfant criminel (Grewel), celle sur la faute et la punition (Stärke), et celle sur la psychiatrie et l'application des lois sur les psychopathes (Barnhoorn). D. Wiersma, qui fut d'abord attaché à l'asile pour psychopathes de Leyde, et qui est actuellement professeur agrégé à l'Université de Leyde, a publié beaucoup d'articles sur la psychologie criminelle et la psychopathologie basés en partie sur la recherche expérimentale (intellect, jugement, fantaisie, temps d'association), en partie sur les recherches relatives à la recherche de la personnalité (menteurs pathologiques, vol comme extériorisation de tendances vitales, signification de la fréquence du tempérament nerveux chez les psychopathes criminels, psychopathes amorphes et psychopathes nerveux). Pour terminer il faut encore citer de lui une monographie sur la notion « irresponsabilité ».

La collaboration du juriste et du psychiatre a conduit à la création d'une « Association psychiatrique et juridique ». Nombre de sujets y ont été traités depuis des années par des psychiatres et des juristes à la fois. Cette association a fortement contribué à résoudre les difficultés existant dans les théories et la terminologie de ces deux branches et à augmenter la confiance réciproque des deux disciplines.

De ce qui précède apparaît que non seulement on porte une grande attention à la criminalité des adultes, mais beaucoup d'intérêt aussi à l'enfant délinquant et d'éducation difficile. Il existe ainsi à Rotterdam une « Institution pédagogique pour enfants psychopathes » ou « école A. H. Francken », dont De Bloois est directeur.

L'influence du psychiatre sur le traitement de l'enfance psychopathique se révèle par le fait qu'à l'Institut National d'éducation pour filles, à Zeist, le psychiatre Postma se trouve à la tête de l'établissement.

Il a fait diverses recherches importantes dans le domaine de la psychiatrie sociale (entre autres : recherches psychiatriques expérimentales sur la signification du numéro d'ordre de naissance).

L'intérêt du peuple néerlandais pour l'hygiène mentale est prouvé également par la création d'une « Association pour promouvoir les consultations pour enfants difficiles », qui ont une

activité pratique à beaucoup d'endroits, et par l'existence d'associations qui se préoccupent de la jeunesse abandonnée (les foyers. Boddaert à Amsterdam).

#### ASSOCIATION NÉERLANDAISE D'HYGIÈNE MENTALE

Cet intérêt que l'on portait aux questions d'Hygiène mentale a amené Bouman, Meyers, Cox et Van der Scheer à prendre l'initiative, en 1930, de réunir toutes les personnes et toutes les Associations dont l'activité se manifestait dans les domaines précités, en une *Association Néerlandaise d'Hygiène Mentale*. Dans la suite, sont nées encore : l'Association de Charité catholique d'Hygiène mentale, l'Association Néerlandaise protestante d'Hygiène mentale, l'Association d'Hygiène mentale de confession réformée. Toutes ces Associations sont réunies en une *Fédération Nationale d'Hygiène mentale*. Cependant, l'Association néerlandaise créée en premier lieu a, jusqu'à présent, eu et gardé la direction. Elle possède une section de pédagogie et une section de criminologie, et depuis sa création, en 1930, à ses réunions qui ont pris une allure de Congrès nationaux, elle a traité les sujets suivants : l'Hygiène mentale et la profession, l'importance de l'Eugénique pour l'Hygiène mentale, la signification de l'asile dans l'Hygiène mentale, les conditions d'éducation et l'Hygiène mentale, l'Ecole et l'Hygiène mentale, Hygiène mentale et Protection de l'Enfance.

Ainsi, dans ce domaine également nous remarquons en Hollande une forte tendance vers l'amélioration des forces psychiques du peuple.

Bien qu'il nous manque encore beaucoup de choses, bien que les préjugés du public vis-à-vis du psychiatre et des anormaux mentaux soient encore nombreux, bien qu'il existe encore beaucoup de fausses notions au sujet du traitement des aliénés, l'influence psychiatrique gagne sans cesse du terrain.

---

# SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

---

*Séance du Lundi 27 Avril 1936*

---

**Présidence : M. VURPAS, président**  
**et M. René CHARPENTIER, vice-président**

---

## **Adoption du procès-verbal**

Le procès-verbal de la séance du jeudi 12 mars et le procès-verbal de la séance du lundi 23 mars 1936 sont adoptés.

## **Correspondance**

M. Paul COURBON, *Secrétaire général*. — La correspondance manuscrite comprend :

une lettre de la famille de M. le professeur Leendert BOUMAN, d'Utrecht, qui remercie la Société des sentiments de condoléance qu'elle en a reçus ;

une lettre de M. le docteur Osvaldo LOUDET, professeur adjoint de Clinique psychiatrique à la Faculté de médecine et professeur extraordinaire de Psychologie à la Faculté de Philosophie et Lettres de l'Université de Buenos-Ayres, qui pose sa candidature au titre de *membre associé étranger*. La Société désigne une Commission composée de MM. Georges DUMAS, LÉVY-VALENSI et Paul ABÉLY, rapporteur, pour l'examen de cette candidature : le vote aura lieu à la séance du lundi 25 mai 1936 ;

une lettre de M. le professeur Pierre COMBEMALE, secrétaire général du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, qui invite la Société à se faire représenter

à la prochaine session du Congrès à Bâle, Zurich, Berne et Neuchâtel, du 20 au 25 juillet 1936 : la Société désigne MM. René CHARPENTIER, *vice-président*, COLLET, MARCHAND, PÉRON, PETIT et Th. SIMON pour la représenter à cette 40<sup>e</sup> session.

### Election d'un membre correspondant national

Après lecture d'un rapport de M. Paul ABÉLY au nom d'une commission composée de MM. P. ABÉLY, R. ANGLADE et P. GUIRAUD, il est procédé au vote sur la candidature de M. le D<sup>r</sup> MANS.

|                         |    |
|-------------------------|----|
| Nombre de votants ..... | 23 |
| Majorité absolue .....  | 12 |

A obtenu :

|                        |          |
|------------------------|----------|
| M. MANS .....          | 15 voix. |
| Bulletins blancs ..... | 7        |
| Bulletin négatif ..... | 1        |

M. le D<sup>r</sup> MANS, de Leyme (Lot), est élu *membre correspondant national* de la Société médico-psychologique.

### COMMUNICATIONS

**Contribution à l'étude des psycho-anémies. Examen psychiatrique de quatre cas d'anémie de Biermer, par MM. André CAIN et André CEILLIER.**

A la séance de notre Société du 27 janvier 1936, MM. Petit et Delmont faisaient une intéressante communication : « Syndrome d'Adie et syndrome neuro-anémique à type de psychose polynévritique. Amélioration par la méthode de Castle. » La malade qui faisait l'objet de cette communication, présentait, en dehors du syndrome d'Adie des signes physiques de polynévrite et un syndrome mental analogue à celui de la psychose de Korsakoff, avec désorientation, amnésie, fabulation compensatrice, anxiété et onirisme. Tout ce syndrome étant sous la dépendance d'une anémie de Biermer.

Or, le hasard nous a permis de réunir dans le service de l'un de nous, à l'hôpital St-Antoine, quatre cas de cette affection très rare que constitue l'anémie de Biermer.

Notre étude neuro-psychiatrique ne nous a pas permis de décrire un syndrome neuro et psycho-anémique constant. Au



contraire, nous avons été plutôt déçus par la variété des cas observés et même parfois leur aspect contradictoire ayant, par exemple, constaté une polynévrite neurologique typique sans aucune confusion ou Korsakoff et un syndrome net de Korsakoff sans le moindre signe de polynévrite.

Nous croyons cependant utile de donner nos observations, même si elles ne cadrent pas avec les opinions habituelles.

Les quatre malades qui font l'objet de notre communication ont été examinées par un spécialiste en ophtalmologie qui n'a trouvé aucun trouble oculaire et en particulier aucun trouble pupillaire (notamment le signe de la « pupille tonique » ou « bradycorie de Donath »).

Nos quatre malades ne présentaient donc pas le syndrome d'Adie.

Dans l'article précité, MM. Petit et Delmont disaient : « Les troubles mentaux de la neuro-anémie sont, d'après tous les auteurs, tout à fait analogues à ceux des toxi-infections... Dans le cas présenté à la Société, troubles mentaux, polynévrite et anémie paraissent relever d'une même cause : une infection du névraxe par virus neurotrope du type encéphalo-myélite épidémique. »

Notre rôle sera plus modeste et nous ne voulons faire aucune théorie étiologique ou pathogénique. Nous nous bornerons à donner quatre observations, en ne faisant qu'enregistrer des faits cliniques, hématologiques et neuro-psychiatriques, que nous espérons avoir bien observés.

On trouvera des indications bibliographiques dans l'article précité de Petit et Delmont, et dans la communication de A. Caïn, A. Ceillier, Catan et Bachmann, à la Société Française d'Hématologie (Séance de mars 1936).

OBSERVATION I. — Mme L., 45 ans, cigarière, entre à l'hôpital Saint-Antoine pour une *asthénie* profonde remontant à plusieurs mois et des signes *d'anémie*.

Teint cireux, muqueuses décolorées. Amaigrissement considérable. Léger œdème malléolaire, Tachycardie. Souffles doux et prolongés à tous les orifices.

Placards de dépapillation.

Hémorragies oculaires péripapillaires.

Anémie intense (1.120.060), hyperchrome (1,60), mégaloocytaire et mégaloblastique, avec anisocytose et polychromatophilie.

Hypochlorhydrie, hypopepsie.

Sous l'influence de l'hépatothérapie, amélioration rapide de l'anémie. La formule sanguine redevient normale (3.900.000 G.R., H.,

80 p. 100, valeur globulaire, 0,82 ; disparition des hématies nucléées). La langue prend un aspect normal.

Mais, tandis qu'on assiste à la disparition des signes biermériens, évolue avec rapidité une *tuberculose pulmonaire* avec *granulie* terminale. Il y a eu donc une dissociation nette entre l'anémie et l'infection bacillaire, dissociation fondée sur l'efficacité du traitement et permettant de rattacher ce cas à l'affection autonome qu'est la maladie de Biermer, au lieu d'en faire une anémie secondaire et symptomatique.

Durant le séjour de la malade dans notre service, l'attention est également attirée par des signes nerveux et psychiques *qui ne se sont pas modifiés sous l'action de l'hépatothérapie*.

*Signes nerveux.* — La malade se tient difficilement debout ; réflexes tendineux exagérés. Absence du signe de Babinski et de troubles de la sensibilité objective. Douleurs spontanées très vives dans les membres inférieurs. Amyotrophie considérable et globale.

*Signes psychiques.* — Sujet anxieux, inquiet, donnant l'impression d'un être traqué ; prenant sans motif des attitudes de supplication ; à d'autres moments, se blottissant sous ses couvertures en pleurant et en poussant des cris d'effroi. A l'interrogatoire, on ne peut découvrir les motifs de cette terreur panique que la malade ne peut justifier, dont il semble même qu'elle n'a pas conscience. On ne met pas en évidence d'état hallucinatoire ni de désorientation dans le présent ; toutefois, les réponses sont assez incohérentes et ne permettent pas, par exemple, de préciser la situation sociale de la malade, son passé, les conditions d'apparition de la maladie actuelle. Le sujet n'a pas davantage conscience de la gravité de son état. Elle est seule, sans famille et sans amis, si bien que nous ne pourrions obtenir d'autres précisions.

Ce n'est qu'à la période ultime, plus de deux mois après l'entrée à l'hôpital, que les signes de granulie sont apparus. Quelques jours avant la mort des signes de réaction méningée (raideur de la nuque, kernig, subdélire) traduisent une atteinte terminale, bien distincte des troubles mentaux auparavant observés.

Obs. II. — Mme Les., 54 ans, se présente depuis plusieurs années à notre consultation pour des troubles mal déterminés et où dominent : la lenteur de la digestion, les malaises, les brûlures, les nausées ; après les repas, les douleurs abdominales diffuses, les alternatives de diarrhée et de constipation, les poussées hémorroïdaires. Les différents examens cliniques et radiologiques font éliminer une affection organique. La malade est maigre, la musculature abdominale déficiente ; l'estomac est allongé et hypertonique et ne se vide bien qu'en décubitus. A ces malaises s'ajoutent de véritables crises d'anxiété et de dépression durant lesquelles la malade, véritablement anéantie, refuse toute nourriture. L'œil est brillant, les extrémités trémulantes ; on recherche vainement d'autres signes en faveur d'une maladie de Basedow. Le métabolisme basal est normal.

Jusqu'en décembre 1935, la malade « traîne », sans être améliorée par nos différents essais thérapeutiques. C'est alors seulement que nous prenons en considération sa *pâleur*, préoccupé surtout que nous avons été jusqu'alors par son agitation, ses malaises et son anxiété.

Nous trouvons tous les signes d'une anémie de Biermer : G. R., 2.880.000 ; H., 8 p. 100 ; valeur globulaire, 1,85 ; G. B., 6.000 ; poly, 69,7 p. 100. Anisocytose et poïkilocytose. Réticulocytes, 2 p. 100. Médullogramme : réaction érythroblastique dominante, avec mégalo blastes. Glossite décapillante marginale. Suc d'histamine : achlorhydrie et aepsie.

La mère de la malade serait décédée à 63 ans de cirrhose alcoolique. Son père est mort de vieillesse à 84 ans. Il n'y a jamais eu d'aliénés, à sa connaissance, dans sa famille. Elle a obtenu aisément son certificat d'études, puis a travaillé comme bonne à tout faire et cuisinière. Elle s'est mariée à 24 ans avec un garçon de café et a pris un commerce de café-restaurant en mai 1914.

A partir de cette époque elle a eu de grands ennuis et gros chagrins : difficultés pécuniaires, surmenage et mort de son mari, décédé en 1921 des suites de la guerre (gazé et prisonnier).

Elle a eu un seul enfant, âgé actuellement de 24 ans.

L'examen psychiatrique actuel ne montre aucun signe de démence ou d'affaiblissement intellectuel. La mémoire est excellente, tant pour les faits anciens que récents. Il n'y a pas trace de confusion mentale ou d'onirisme et aucune ébauche du syndrome de Korsakoff.

Par contre, on note de l'anxiété et des tendances hypocondriaques avec troubles cénesthopathiques.

L'anxiété est surtout vive le matin au réveil. Anxiété diffuse sans idées précises.

Les idées hypocondriaques sont en partie justifiées par le mauvais état de santé de la malade et par son anémie, mais il s'y ajoute des troubles cénesthésiques consistant en sensations vagues et indéfinissables dans l'abdomen avec impression de déplacement et d'abaissement des organes, bien que l'examen clinique et les contrôles radiologiques n'aient montré aucune ptose viscérale.

De plus, la malade présente des troubles nettement fonctionnels et d'apparence pithiatique de la marche. Elle titube, perd l'équilibre, s'appuie aux meubles ou contre les murs. Cependant, elle ne présente pas de vrai Romberg.

Retour à une formule sanguine normale sous l'action de l'épatothérapie. Guérison de la glossite.

La malade se réalimente, et, en l'espace de 2 mois, engraisse de près de 3 kilos. (Insuline, sérum sucré, repos strict au lit).

*Examen neurologique* négatif. Réflexes tendineux, cutanés et pupillaires normaux. Absence de signes cérébelleux. Examen ophtalmoscopique négatif.

OBS. III. — Mme B., 65 ans, a subi en mai 1935 une gastro-pyloréctomie avec anastomose gastro-jéjunale de Polya, pour un gros ulcère du bulbe duodénal. Un examen radiologique, pratiqué en janvier 1935 à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de l'un de nous où elle a été admise en raison de sa faiblesse extrême, montre que la partie subsistante de l'estomac est souple, a des contours et des plis réguliers, que la substance opaque s'engage par grosses bouchées dans l'anse anastomotique et se trouve, au bout de quelques minutes, tout entière rassemblée dans les anses grêles.

La malade est pâle, les muqueuses sont décolorées, la langue est décapillée.

G. R. 2.280.000 ; G. B., 5.800 ; H., 80 p. 100 ; valeur globulaire, 1,48 ; 63,8 p. 100 de polynucléaires. Absence d'hématies nucléées. Anisocytose et poïkilocytose, mais absence de mégaloctes, 5 p. 100 de réticulocytes.

Achlorhydrie et apepsie. Absence de sang dans le liquide gastrique et dans les selles.

Malgré plusieurs transfusions et l'administration du foie de veau, aucune amélioration de l'anémie n'est obtenue. Le chiffre des réticulocytes ne se modifie pas.

La malade est asthénisée et confinée au lit. Elle ne se nourrit qu'à peine ; sa cachexie va en augmentant. L'azotémie est de 0 gr. 10.

Au point de vue neuro-psychiatrique, il y a lieu de mentionner surtout la discordance entre l'absence de signes neurologiques de polynévrite et les très graves *troubles mentaux*.

Ceux-ci réalisent le syndrome de Korsakoff avec, peut-être, un affaiblissement intellectuel surajouté.

Désorientation totale dans le temps et dans l'espace. Sait qu'elle est à l'hôpital, mais ignore dans quel hôpital. Dit être entrée à l'hôpital le matin même (alors qu'elle y est depuis environ 3 mois). Ignore le jour, le mois et l'année, déclarant lundi janvier 1934 au lieu de mardi mars 1936.

Dit être née le 1<sup>er</sup> août 1870 et être âgée de 70 ans !

Ne peut donner aucun renseignement précis sur son *curriculum vitae*, certains renseignements pouvant, peut-être, se trouver exacts, d'autres étant manifestement erronés.

La dernière guerre a eu lieu le jour de sa naissance, en 1850 (*sic*). Cependant, elle prononce le nom du général PAU et se rappelle qu'il était mutilé.

Les souvenirs anciens de sa vie personnelle paraissent relativement un peu mieux conservés que les souvenirs récents.

Elle peut citer plusieurs villes où son mari a été receveur de l'enregistrement et même quelques adresses des maisons où elle a habité. Nous n'avons pu confirmer l'exactitude de ses dires, mais ils nous ont paru vraisemblables, ainsi que certains autres renseignements sur son passé lointain.

Par contre, les troubles sont considérables pour les faits plus

récents, la malade croit être entrée à l'hôpital le matin même ; elle ignore le nom de tous les médecins qui la soignent, ainsi que celui des infirmières et de la surveillante.

La fabulation n'est pas extrêmement développée et notamment, on ne peut, en la suggestionnant, lui faire dire qu'elle est allée au marché le matin, qu'elle a fait son ménage, sa cuisine, qu'elle a rencontré telle ou telle personne. Elle ne fait que répondre d'une façon volontairement vague et imprécise : « Je ne sais pas ce que j'ai fait hier. Je n'ai pas dû aller au cinéma, car j'y vais rarement. Je ne me rappelle pas qui j'ai rencontré. »

En somme, elle se « réfugie » davantage dans l'amnésie que dans une fabulation compensatrice.

Cependant, il existe des symptômes de « fabulation onirique ». « Mon fils, dit-elle, vient de mourir il y a quelques jours. Je suis allée à son enterrement ; mais pas d'une façon « officielle ». Il a jeté une bombe dans Paris « pour pousser la guerre en avant ». Il a été tué sur le coup. »

Il n'y a aucun signe de polynévrite, les réflexes tendineux et cutanés du membre inférieur sont normaux : l'amaigrissement est généralisé, mais sans amyotrophie particulière, sans douleurs spontanées ou provoquées.

La malade serait régulièrement gâteuse, perdant urines et matières dans son lit. La marche est impossible à cause de l'état cachectique général.

En résumé, chez cette malade, nous avons noté : d'une part, l'absence de signes neurologiques précis de polynévrite ; d'autre part, un syndrome mental caractérisé par un certain degré d'affaiblissement intellectuel, avec confusion mentale surajoutée et certaine, désorientation dans le temps et dans l'espace, troubles amnésiques considérables, mais prédominant sur les faits récents, peu de fabulation vraie (type Korsakoff), c'est-à-dire peu de fabulation « extemporanée » et « de suppléance », mais des récits oniriques.

Ce syndrome mental ressemble de très près (malgré quelques légères nuances psychiatriques) au syndrome de Korsakoff. Mais (plus exactement) nous pensons qu'il s'agit d'un état d'affaiblissement intellectuel avec confusion mentale importante et onirisme.

OBS. IV. — Mme Ca..., 48 ans. Maladie de Biermer à forme fébrile. Séjour à St-Antoine de décembre 33 à mars 34. Asthénie, pâleur extrême, souffle anémique à la pointe du cœur. Pas de glossite. Anémie hyperchrome. G.R. = 724.000 ; G.B. = 3.600 ; Valeur glob. = 1,20. En janvier 34, après transfusion, G.R. = 2.036.000 ; G.B. = 2.600 ; Valeur glob. = 1,76. Par suite, reglobulisation importante, amélioration nette par l'hépathothérapie. Hospitalisée de nouveau à St-Antoine de février 35 à mai 35 (transfusion, hépathothérapie) et d'août à octobre 35. Syndrome neuro-anémique. Fourmillements dans les jambes, réflexes abolis aux membres inférieurs. Nouveau séjour du



12 novembre au 2 décembre 35. Mêmes symptômes. Hématologie satisfaisante. Sortie sur sa demande.

*Examen neuro-psychiatrique.* Signes de polynévrite. Abolition des réflexes tendineux des membres inférieurs (conservation des réflexes des membres supérieurs), fourmillements et douleurs spontanées aux membres inférieurs. Douleur à la pression des masses musculaires. Léger steppage. Aucune trouble oculaire.

Au point de vue mental intelligence normale, lucidité parfaite, pas la moindre trace de confusion, de désorientation, d'onirisme ni de Korsakoff. Pendant un de ses séjours à St-Antoine a été un peu anxieuse et un peu récriminatrice. S'est plainte au Directeur de l'hôpital. Mais, renseignements pris, il s'agissait d'un petit épisode réel et en partie légitimé par une plaisanterie de mauvais goût d'une infirmière qui avait menacé une malade gâteuse de la barbouiller de ses matières.

Chez cette malade, il existait une série de gros ennuis très réels (familiaux, pécuniaires, de santé, etc.), contre lesquels elle a réagi normalement.

En résumé, chez cette malade atteinte de maladie de Biermer typique et intense (724.000 G.R.) avec polynévrite très nette au point de vue neurologique, il n'a été relevé aucun trouble mental important et en particulier pas de trace de confusion ou de Korsakoff.

Les quatre malades dont nous avons donné l'observation peuvent se résumer de la façon suivante :

1° Mme L..., Biermer type, améliorée par le traitement hépatique, mais sans amélioration concomitante des troubles psychiques (anxiété sur fonds confusionnel). A signaler la granulie terminale alors que l'anémie Biermerienne était très améliorée (ce qui tendrait à prouver la nature cryptogénétique et non secondaire de la maladie de Biermer).

2° Mme Les..., atteinte de maladie de Biermer, sans aucun signe neurologique, sans confusion, sans Korsakoff, mais avec anxiété, préoccupations hypocondriaques et surtout comportement hystérique avec troubles pithiatiques de la marche.

3° Mme B... Anémie pernicieuse après gastro-pyloréctomie pour ulcus duodénal. Aucun signe neurologique de polynévrite, mais syndrome mental confusionnel ; onirique anxieuse réalisant presque typiquement le syndrome de Korsakoff.

4° Mme Ca..., Biermer type, anémie intense. Polynévrite neurologique sans aucun trouble mental important et notamment sans la moindre trace de confusion, d'onirisme ou de Korsakoff (très légère anxiété).

Ces deux dernières malades sont curieuses à opposer l'une à l'autre.

Comme nous l'avons dit au début, ces constatations sont assez étranges et ne nous permettent pas de préciser le syndrome psycho-anémique. Il semble que l'élément le plus constant soit l'anxiété. Ensuite on observe (avec ou sans polynévrite) des symptômes confusionnels avec onirisme et syndrome identique à celui de Korsakoff ou très voisin de celui-ci.

Enfin dans un cas particulièrement grave (724.000 G.R.) il n'y a eu aucun trouble mental important (sauf peut-être une très légère anxiété), et ceci malgré une polynévrite typique.

M. N. PÉRON. — Au cours de l'anémie pernicieuse, particulièrement compliquée de troubles neurologiques (syndromes neuro-anémiques), les troubles mentaux ne sont pas rares : tantôt il s'agit de manifestations du type onirique avec anxiété, comparables à celles signalées par le docteur Ceillier ; tantôt on note des troubles mentaux plus caractérisés à type délirant : idées de revendication, de persécution, de préjudice ou de jalousie.

M. CROUZON. — Nous venons d'observer avec M. Mollaret un cas de psychose greffée sur une neuro-anémie dont nous publierons l'observation et l'autopsie. Je signale à ce propos l'ouvrage que viennent de publier MM. Roger et Olmer sur les syndromes neurohématiques.

#### **Remarques et statistiques sur le service de psychiatrie d'urgence de l'hôpital St-Antoine, par MM. Ph. PAGNIEZ et A. CEILLIER.**

A la suite de l'intéressante communication de MM. Laignel-Lavastine et G. d'Heucqueville, nous désirons verser au dossier des « Services de Psychiatrie d'Urgence des Hôpitaux », nos statistiques concernant le *pavillon Dupré* de l'Hôpital St-Antoine, en les accompagnant de quelques remarques.

La nécessité d'un service de « Psychiatrie d'urgence » appelé à tort, quelquefois, « Service des Agités », se faisant sentir depuis de nombreuses années, le professeur Claude, qui était alors médecin de l'hôpital St-Antoine, a obtenu la création d'un Pavillon spécial. Le docteur Pagniez ayant succédé au professeur Claude dans son service de St-Antoine, a été heureux de diriger ce pavillon et a fait appel à la collaboration d'un psychiatre spécialiste. Nous avons désiré honorer la mémoire d'un maître commun, en baptisant ce pavillon « Ernest Dupré ».

Ce pavillon a été ouvert en novembre 1923 avec le chiffre très

faible de 6 lits. Pendant 11 ans, il a fonctionné ainsi, puis un modeste agrandissement du pavillon a permis de porter le nombre de lits de 6 à 10 (décembre 1934).

Or, malgré ce nombre si faible de places, notre modeste pavillon Dupré a reçu un nombre considérable de malades et a rendu, croyons-nous, de réels services.

Le nombre des lits de l'hôpital St-Antoine est de 1.084 (méd., 716 ; chir., 221 ; otorh., 34 ; ophtal., 20 ; accouch., 93).

Avec l'effectif actuel de 10 lits, cela représente une chambre d'isolement pour 108 malades (la proportion étant, à la Pitié, de 1 pour 85, alors que cet hôpital possède un service neuropsychiatrique important et un service de neuro-chirurgie). L'hôpital St-Antoine se trouve donc assez défavorisé quant au nombre de lits réservés aux cas de psychiatrie d'urgence.

Quelques mots seulement sur l'organisation matérielle du service. Le pavillon Dupré ne comprend qu'un rez-de-chaussée. Les chambres ont un cubage moyen de 30 m<sup>3</sup>. Tous les lits sont amovibles. Il y a eu, au début, deux cellules capitonnées, mais nous en avons supprimé une, car elles ne nous ont donné aucune satisfaction, les malades agités arrivant presque toujours à déchirer le capitonnage. Les vitres sont incassables et, dans certaines chambres, protégées par un grillage. Un vasistas qui s'ouvre du dehors donne une large aération. La porte d'entrée est munie d'un « judas » avec vitre théoriquement incassable, mais pratiquement souvent brisée. Dans les nouvelles chambres, nous avons remplacé la vitre par un grillage.

Lorsque les malades sont très agités, on les maintient, soit avec des bracelets de cuir, aux poignets et aux chevilles, soit par la classique camisole de force. Malgré son nom rébarbatif, cette camisole de force nous a toujours paru le meilleur moyen de contention. Elle laisse au malade une assez grande liberté de mouvements à l'intérieur de la camisole et n'a pas les inconvénients des liens qui immobilisent trop et qui blessent les grands agités.

Chaque fois que nous le pouvons, nous ne mettons ni entrave, ni camisole. Dans le cas d'agitation, on enlève tout mobilier et on laisse simplement un matelas à terre.

Le pavillon Dupré ne possède pas de laboratoire particulier (ce qui serait excessif pour 10 lits), mais les examens sont pratiqués dans le laboratoire de médecine générale de l'un de nous.

Le personnel fixe, c'est-à-dire celui de la matinée et du début de l'après-midi, est au-dessus de tout éloge. Par contre, nous déplorons que dans la soirée ou dans la nuit, le personnel soit

fréquemment changé. Cette constatation nous interdit, par exemple, d'entreprendre aucune cure de désintoxication chez les morphinomanes, car trop d'infirmiers ou infirmières se succèdent dans le service.

\*  
\*\*

Etant donné que le pavillon Dupré est passé de 6 à 10 lits, en décembre 1934, il est difficile d'établir une moyenne depuis l'ouverture du pavillon jusqu'à ce jour, et on doit scinder la statistique en deux :

1° de novembre 1923 à décembre 1934 (6 lits), c'est-à-dire pendant onze ans et un mois, il est passé 4.273 malades, soit une moyenne de 385 malades par an, avec une durée de séjour moyenne de 5 jours  $1/2$  ;

2° en 1935, le service comprenant 10 lits, nous avons reçu 485 malades, soit 48,5 par lit, avec durée de séjour de 7 jours  $1/2$  environ.

Ces chiffres nous montrent donc que plus le nombre de lits est grand, non seulement augmente le nombre de malades, mais la *durée de leur séjour* (ce qui est un élément important d'observation et de traitement).

Notre pavillon est presque toujours plein (surtout depuis qu'il a 10 lits) et s'il y a une urgence, nous pouvons activer une décision qui était en suspens, soit en provoquant la sortie d'un malade, soit en le renvoyant dans une salle commune, soit en l'internant. Pratiquement, nous n'avons jamais été dans l'obligation de refuser un malade urgent, soit qu'il vienne d'un des services de l'hôpital, soit qu'il soit reçu à la consultation. Nous n'avons jamais fait appel à des pavillons similaires d'autres hôpitaux. La réciproque, cependant, n'est pas vraie, car, à notre grande surprise, nous avons reçu des malades qui étaient envoyés par certains hôpitaux, ayant des pavillons psychiatriques. Nous en avons reçu, par exemple, un certain nombre venant directement de la Pitié.

En ce qui concerne les maladies observées, nous ferons porter notre statistique uniquement sur l'année 1935 (première année entière pendant laquelle il y a eu 10 lits). Sur un total de 485 malades, il y a un groupe assez important représenté par 72 cas qui ont été envoyés au pavillon Dupré pour des raisons qu'on peut appeler *para-psychiatriques*. Ce groupe comprend : 1° quelques malades qui ont été dirigés à tort sur le pavillon Dupré par l'interne de garde ou le service de consultation ; 2° un assez grand nombre de malades simplement organiques, mais

qui, par leurs gémissements, leurs plaintes, troublaient la tranquillité de la salle commune ; 3° quelques malades moribonds dont l'agonie constituait un trop pénible et trop bruyant spectacle pour leurs voisins. Ceci explique la forte proportion de mortalité dans le pavillon Dupré ; 4° des malades qui, pour une raison ou pour une autre, causaient de la perturbation dans un service de médecine générale.

Nous avons d'ailleurs été obligés de réagir contre cette tendance qu'avaient certains chefs de service à considérer le pavillon Dupré comme une espèce de « salle de police » et, dans certains cas, nous n'avons pas hésité à renvoyer dans leur service d'origine, quelques malades simplement turbulents ou irascibles.

En dehors de ces 72 cas inclassables au point de vue psychiatrique, nous avons noté 413 cas d'affections diverses relevant légitimement du pavillon Dupré.

Alcoolisme = 188, se répartissant ainsi : ivresse simple : 33 ; accès sub-aigu ou aigu : 137 ; accès alcoolique avec délire plus ou moins systématisé : 18.

Démence = 34 : démence précoce : 10 ; démence sénile : 20 ; démences diverses : 4.

Etat dépressif = 47 : mélancolie : 18 ; dépression psychique non mélancolique avec tentative de suicide : 29 (1).

Etat d'excitation maniaque = 11.

Etat confusionnel = 18 (15 de causes diverses ; 3 d'origine puerpérale).

Épilepsie = 49 : crises simples : 27 ; épilepsie chez les alcooliques : 15 ; équivalents psychiques : 6 ; manie épileptique : 1 (2).

Délires divers (hallucinatoire, interprétatif, paranoïde avec ou sans débilité mentale) = 15.

Troubles simples du caractère = 10.

Paralysies générales = 14.

En plus de ces cas, nous devons signaler : anorexie mentale = 1 ; toxicomanie = 4 (mais ces malades ne sont généralement pas acceptés à cause de la difficulté d'une surveillance efficace) ; lacunaires et pseudo-bulbaires = 3 ; aphasies de Wernick = 5 ; tabes = 2 ; Parkinson avec troubles psychiques = 2 ; méningites = 4 ; urémie = 1 ; Basedow = 2 ; hypertendu avec

(1) Nous avons été frappés depuis l'ouverture du pavillon par la grande fréquence des tentatives de suicide qui vont en augmentant et qui sont dues, pour une petite part à des causes passionnelles, et pour une grande part à des causes sociales (misère et crise économique, etc...).

(2) Notre chiffre considérable d'épileptiques s'explique peut-être parce que nous nous intéressons spécialement à cette maladie.



éclipses = 1 ; Friedreich avec débilité mentale = 1 ; tétanos = 1.  
Total = 413.

Nous rappelons qu'en plus de ces 413 malades, il y en a eu 72 ne présentant pas d'affection mentale caractérisée. Total général = 485.

Les sorties ont été les suivantes :

Hôpital Henri-Rouselle : 3.

Internés à Ste-Anne : 91.

Décédés : 49 (1).

Evadés : 1 (2).

Retour en salle ou sortie libre : 341.

Nous avons donc interné 91 malades sur 485, soit un pourcentage de 18,76 %, c'est-à-dire très inférieur à ceux des autres pavillons similaires des hôpitaux ou à celui de l'hôpital Henri-Rouselle (Pitié : 25 % ; Lariboisière : 24 % ; Salpêtrière : 25 % ; Henri-Rouselle : 50 %).

Dans la presque totalité des cas, les placements ont été d'*office*, bien que nous nous efforcions d'obtenir auprès des parents des placements volontaires. Le placement d'*office* est impossible à éviter dans les cas d'urgence et de danger ou lorsque le malade n'a aucune famille s'occupant activement de lui (3).

Même si le malade a des parents qui s'intéressent à son sort, il est rare qu'ils comprennent les différences qui existent entre le placement d'*office* et le placement volontaire.

Bref, à notre grand regret, nos malades sont presque toujours internés d'*office*.

Si nous gardions nos malades un mois, comme M. Crouzon, à la Salpêtrière, nous obtiendrions probablement un beaucoup plus grand nombre de placements volontaires.

Nous tenons à signaler le fait suivant qui est curieux et qui doit intéresser d'autres services psychiatriques d'urgence. Les ambulances de la ville de Paris refusent de transporter les aliénés (vraisemblablement par la crainte que ceux-ci abîment la voiture ambulancière). L'exemple suivant est assez typique : un certain 1<sup>er</sup> mai, il y a plusieurs années, les taxis étant en

(1) Ce chiffre énorme de décès s'explique par le fait que nous avons reçu beaucoup de moribonds agités et gémissants.

(2) Il s'agissait d'un repris de justice qui a enfermé à clef une infirmière, s'est déguisé en femme et est sorti sans attirer l'attention du concierge.

(3) Nous avons été à même de constater les conditions familiales et sociales défectueuses et irrégulières de la plupart des malades qui sont entrés au pavillon Dupré.

grève, nous avons demandé une ambulance pour transporter un aliéné agité à Sainte-Anne. L'un de nous (D<sup>r</sup> Pagniez) est allé lui-même au poste des ambulances de la rue de Chaligny. L'employé de service a refusé nettement de transporter un aliéné. Ce transport ne s'effectue que sur réquisition du commissaire de police.

Pratiquement, nos malades internés sont transportés en taxi avec un ou deux infirmiers aux frais de l'A.P.

\*  
\*\*

Des chiffres qui précèdent on peut tirer quelques remarques :

1° Malgré son nombre infime de lits, le pavillon Dupré, a rendu, croyons-nous, de réels services. Avec 6 lits il hospitalisait annuellement 385 malades, avec séjour moyen de 5 jours 1/2. Avec 10 lits, il en reçoit 485, avec durée de séjour de 7 jours 1/2.

Cette durée moyenne, généralement insuffisante au point de vue thérapeutique est, au contraire, presque toujours acceptable au point de vue observation, diagnostic et triage, avec toutes les ressources d'un grand hôpital parisien.

D'une façon générale, nous constatons que les statistiques concernant le pavillon Dupré sont très voisines de celles des pavillons similaires des autres hôpitaux. Notre pourcentage d'internement est cependant nettement le plus faible.

Nous pensons que ces pavillons de psychiatrie d'urgence des hôpitaux rendent de très grands services, malgré leur petit nombre de lits, en évitant, dans un grand nombre de cas, l'internement et en ne procédant à cette dernière mesure qu'après une observation suffisante et les plus grandes garanties.

Les auteurs de cet article ne croient pas mésestimer la loi de 1838, les services d'asiles d'aliénés et la valeur des médecins d'asiles, dont l'un de nous est fier d'avoir le titre, mais, contrairement à ce qu'ont dit à la dernière séance, MM. Ey et Courbon, nous ne croyons pas que ce soit « une erreur fondamentale de lutter contre l'internement ».

Dans les hôpitaux où l'on observe tant de cas aigus, confusionnels, toxiques, infectieux ou traumatiques, il est utile de procéder à une sérieuse discrimination et de ne pas interner à la légère.

Quant à la question de savoir si l'internement est une mesure souvent pénible pour les malades et la famille nous n'hésitons pas à répondre catégoriquement par l'affirmative. Il est possible que la réputation fâcheuse des asiles soit imméritée, et nous devons tout faire pour que l'internement ne soit pas considéré, à tort, comme une tare, tant pour le malade que pour sa famille.

Nous nous associons très volontiers à cette généreuse « croisade » proposée par MM. Ey et Courbon.

Mais, pratiquement, le fait d'avoir été interné dans un asile d'aliénés peut avoir au point de vue social, familial, conjugal, professionnel, juridique, etc... les plus grosses conséquences.

Nous pensons que les plus farouches défenseurs de l'internement feraient l'impossible (à moins de nécessité absolue) pour éviter une mesure d'internement à une personne de leur famille très chère et très proche.

C'est avec cet état de cœur et d'esprit que nous agissons pour nos malades de l'hôpital St-Antoine et que nous évitons chaque fois que nous le pouvons, l'internement. Dans le cas où l'internement est obligatoire, s'ajoute pour nous la déception d'avoir à procéder presque toujours à un placement d'office.

Il nous semble que le placement d'office devrait être réservé : 1° aux aliénés judiciaires après expertise ; 2° aux aliénés dangereux ; 3° aux aliénés qui n'étant ni judiciaires ni dangereux refusent de se laisser soigner.

Le placement d'office devrait être la très petite exception des malades envoyés par les hôpitaux.

M. HEUYER. — La communication de MM. Pagniez et Ceillier, comme celle de MM. Laignel-Lavastine et Vigneron-d'Heucqueville, et celle antérieure de M. Crouzon, montrent l'intérêt des services ouverts destinés au traitement des maladies mentales, et qui fonctionnent dans le cadre des hôpitaux généraux. Actuellement, ces services sont encore embryonnaires et destinés seulement aux cas d'urgence et aux délirants aigus.

J'ai été chargé, naguère, d'un service de ce genre à l'Hôpital Tenon : il était analogue au Service de M. Pagniez à l'Hôpital St-Antoine. J'ai constaté, comme MM. Pagniez et Ceillier, que ce service recevait à peu près tous les types de malades mentaux, aigus ou subaigus ; mais l'observation et le traitement des malades étaient rendus très difficiles à cause de la mauvaise installation des locaux. Je crois que les services de psychiatrie d'urgence des nouveaux hôpitaux, en particulier de Beaujon, présentent des améliorations et permettent de donner aux malades les soins que comporte leur état.

Le traitement des malades mentaux dans les services ouverts hospitaliers est la formule de l'avenir. Elle a été appliquée depuis longtemps par Gilbert-Ballet à l'Hôtel-Dieu, par Dupré à Laënnec, par Claude à St-Antoine ; elle est réalisée à peu près dans la perfection à Lyon, dans le service du professeur Lépine,

à l'hôpital Grange-Blanche. A Paris, elle est encore incomplète et imparfaite : les services de psychiatrie d'urgence, que l'on appelle encore services pour « agités » ou « délirants aigus », sont inclus dans les services de médecine générale, dont les titulaires ne s'intéressent point toujours aux malades mentaux.

Il est désirable de créer, dans les hôpitaux généraux, de grands services libres, consacrés entièrement au traitement des maladies mentales, comme ont été créés des services spéciaux pour les tuberculeux. Les malades mentaux sont des malades comme les autres ; la plupart d'entre eux peuvent être soignés en cure libre dans des services hospitaliers. En particulier, deux types de malades mentaux peuvent être traités dans les services libres des hôpitaux, ce sont les malades aigus ou subaigus et les petits malades déprimés, obsédés, etc., qui ne relèvent pas de l'asile et pour lesquels l'hospitalisation est actuellement tout à fait insuffisante.

Quand j'assurais la consultation de médecine générale de l'hôpital Broussais, j'ai compté et j'ai fait constater à mes élèves que 1/6 des malades venaient consulter pour des troubles où le psychiatre pouvait donner un avis utile. L'expérience du Service que j'assure depuis 15 ans à l'Infirmierie Spéciale de la Préfecture de Police, me permet d'affirmer la nécessité de créer dans les grandes villes des services hospitaliers spéciaux pour le traitement des malades mentaux, en cure libre. La mesure administrative de l'internement est à réserver aux malades dangereux et aux protestataires.

On ne peut nier le rôle capital de M. Toulouse dans la diffusion de ces notions, qui sont les principes d'avenir de l'assistance et du traitement des malades mentaux.

Le fait que des malades traités dans des services libres, comme celui de la Pitié, ont dû être ensuite internés, n'est pas une objection valable contre le fonctionnement des services libres des hôpitaux ; combien d'aliénés ont dû être réinternés quelques jours après leur sortie de l'asile ? — Si la question est discutée un jour à la Société Médicale des Hôpitaux, il sera possible d'apporter d'autres arguments.

En tout cas, il est inutile de rétablir, dans le cadre des hôpitaux, des sections spéciales d'asiles pour aliénés avec un corps spécial d'aliénistes, destinés à appliquer des règlements administratifs. Les malades mentaux, aigus ou subaigus, les petits psychopathes et même les grands malades en observation avant leur internement, peuvent être soignés ou observés par des médecins que spécialisent leurs travaux ou leurs titres, comme sont

spécialisés les dermatologistes, les neurologistes, les phtisio-logues.

Toutes les mesures, qui donneront aux malades mentaux non dangereux et non protestataires, la conviction qu'ils sont traités dans les mêmes conditions que les malades de médecine générale, permettront généralement d'exercer à temps une thérapeutique qui, pour être efficace, doit être précoce.

Il paraît évident que, dans un certain nombre de cas, ces malades mentaux, traités dans un service libre hospitalier, peuvent être l'objet d'un internement ; même s'ils sont entrés librement, ils doivent être internés lorsque devient avéré le danger de leur traitement en liberté. Des mesures médico-administratives sont prises de la même manière pour des malades contagieux qui sont transférés dans des services spéciaux et ne peuvent être gardés dans les hôpitaux généraux. Si la famille ne peut ou ne veut assurer l'internement volontaire, il est légitime que l'administration supplée, par l'internement d'office, à la carence familiale. Pratiquement, le résultat est le même.

M. H. BARUK. — Les services libres qui existent actuellement répondent à des principes souvent très différents. Le service de l'Hôpital St-Antoine, dont vient de nous parler M. Ceillier, constitue surtout un service d'aigus, un service d'observation provisoire de malades agités. C'est une formule, et sans vouloir opposer les unes aux autres des organisations qui peuvent se compléter, je voudrais donner quelques détails sur le petit service libre que j'ai pu fonder à St-Maurice, et qui s'inspire de principes tout à fait différents.

Ce service est encore fort modeste, puisqu'il ne comprend que huit lits. Il se trouve à côté de mon service fermé, ouvert sur le parc, présentant une entrée spéciale sur la rue. Il doit être surtout dans mon esprit un service de traitement, et de repos. *La sélection des malades doit donc se faire à l'entrée.* Il est en effet indispensable, si l'on veut obtenir de bons résultats thérapeutiques, de ne pas mélanger les malades, et de créer une atmosphère morale favorable. Je m'attache donc le plus possible à éviter l'entrée dans ce service de malades mentaux graves, et d'aliénés. Ce service libre doit en effet rester rigoureusement libre : il doit y régner une atmosphère de calme, de détente, si importante dans le traitement de ces états névropathiques, de ces petits troubles dépressifs, et aussi de ces multiples malaises nerveux (céphalées, vertiges, etc...) qui sont parfois le prélude éloigné de psychoses. La porte reste ouverte sur le parc ; les malades peuvent se promener, converser, lire, etc...



Les malades mentaux importants, qui nécessitent une surveillance, sont, à mon avis, mieux traités dans le service fermé, et à ce point de vue, je ne partage pas l'opinion exprimée par M. Ceillier sur la loi de 1838. On oublie trop que cette loi ne représente pas uniquement une loi de préservation sociale, mais que, dans son esprit, elle vise surtout à créer des établissements spécialement organisés *pour le traitement* des maladies mentales. Cette organisation spéciale est nécessaire, et il n'y a aucun intérêt à placer des malades aliénés dans des services libres, où les malades seraient obligés d'être plus ou moins maintenus, tout en étant privés des garanties importantes que leur assure la loi de 1838, tant pour la protection de leur personne que pour la protection de leurs biens. Ce serait une véritable régression, et nous reviendrions ainsi aux abus qui existaient avant la loi de 1838 et contre lesquels s'est tant élevé Esquirol.

Il y a en outre un grand avantage à installer le service libre tel que je le conçois, à côté du service fermé. Dans ma réponse au questionnaire du Ministre de la Santé publique, sur les services libres, réponse publiée dans *L'Aliéniste* (1), j'insistais sur la nécessité, dans toute organisation psychiatrique, de réunir dans la mesure du possible trois éléments : la *consultation externe*, le *service libre*, le *service fermé*. C'est ce que j'ai pu maintenant réaliser dans mon service de St-Maurice. La consultation externe, si intéressante à tous les points de vue, permet en partie le recrutement du service, et la sélection dont je viens de parler. Elle alimente notamment le service libre, mais celui-ci peut recevoir aussi des malades convalescents sortant du service fermé, ne présentant plus de troubles mentaux importants, mais restant encore fatigués, et incapables de supporter l'effort de réadaptation sociale. Cette triple organisation assure non seulement une grande souplesse dans les moyens thérapeutiques, mais elle permet de suivre les malades tout le temps nécessaire.

Bien entendu, les internements dans un tel service restent très rares, puisque la sélection des malades est faite à l'entrée.

Tels sont les principes qui nous ont guidés dans le fonctionnement de ce service libre. Il nous semble qu'il y a intérêt à préciser et à bien limiter les indications respectives des services libres et des services fermés, et à assurer le jeu harmonieux de ces diverses formations psychiatriques.

(1) La question des services ouverts et l'Évolution de la Psychiatrie médicale (Lettre au Ministre de la Santé Publique). *L'Aliéniste Français*, n° 2, février 1933.

J'ai pu tout spécialement apprécier pendant mon internat à la Salpêtrière les immenses services rendus par le service libre de M. Crouzon : il réalise précisément les conditions de calme, de repos nécessaires au traitement de ces malades, dans le cadre vaste et très agréable de la Salpêtrière. J'ai pu, de même, apprécier pendant et après mon clinicat les grands avantages du service libre du professeur Claude, qui est conçu dans le même esprit, et qui est aussi extrêmement précieux.

M. Th. SIMON. — Je me rallie entièrement à l'exposé de M. Baruk, qui a lumineusement mis en évidence ce que doit être un service libre. Je me contenterai donc de répéter ce que je disais à la précédente séance : une comparaison globale des statistiques des divers services libres ne peut conduire qu'à des conclusions erronées. A Henri-Rousselle, nous a-t-on dit encore aujourd'hui, il y a 50 % d'internements. Eh bien, en fait, c'est 90 % ou même 95 % dans la section d'observation, qu'il faudrait dire, et moins de 10 % dans la section de traitement libre.

D'autre part, j'entends déclarer par les chefs des services libres : nous internons peu. Mais faut-il approuver cette tendance ? L'internement n'est-il pas certaines fois une mesure préférable à une sortie prématurée ? Un alcoolique est-il guéri au bout de quelques jours de traitement ? Il est des cas où il faut savoir prendre des décisions d'autorité. En fait, la question capitale est celle de la catégorie des malades traités. Je suis heureux qu'elle ait été abordée plus catégoriquement aujourd'hui, car elle est la seule qui puisse être instructive.

M. Ach. DELMAS. — Je regrette de parler après le D<sup>r</sup> Simon, qui vient de dire ce que je me proposais d'indiquer, mais je crois qu'il n'y a pas d'inconvénient à y insister. Je suis étonné, en effet, qu'on paraisse trop préoccupé de considérer comme un avantage d'éviter l'internement, même lorsqu'il paraît utile et indispensable. C'est en particulier le cas des accès subaigus de l'alcoolisme chronique. Lorsque ces malades sont conservés en service libre, comme leur guérison apparente est obtenue en une huitaine, ils sont rendus à la liberté dans un temps trop court pour que la récurrence ait quelque chance d'être retardée. Si au contraire ils étaient internés, d'une part il y aurait une sanction morale qui pourrait avoir quelque action sur le sentiment du danger couru par le patient ; d'autre part, il pourrait être conservé le temps voulu pour que la cure soit vraiment complète et la récurrence éloignée au maximum. Donc, ne pas interner les alcooliques me paraît une faute et je la souligne d'autant plus

que dans la statistique de M. Ceillier, il y a eu près de 180 alcooliques, et seulement *en bloc* à peu près 80 internements.

En deuxième lieu, je ne crois pas qu'il faille aussi se montrer particulièrement hostile à l'internement d'office. Le seul désavantage de ce mode de placement nous a été signalé dans la dernière séance : c'est d'empêcher les sorties d'essai. Or, c'est là une interprétation un peu rigoureuse de l'administration, qui pourrait être révisée sans atteinte à l'internement d'office. C'est en tous cas un inconvénient minime, à côté des avantages importants que j'indique brièvement. En effet, pour un placement volontaire, il faut quelqu'un qui prenne la responsabilité de la demande de placement. Or, très souvent, personne ne veut accepter cette responsabilité, tant pour ne pas encourir les reproches ou les griefs de l'interné, appelé à sortir un jour, que pour ne pas être en opposition avec d'autres membres de la famille, plus aptes à critiquer qu'à agir. Pour l'interné, comme pour la famille, l'intervention de l'administration donne un caractère officiel et indiscutable à la légitimité du placement. Il y a plus, quand se pose la question d'une sortie prématurée, ni les tiraillements familiaux, ni les revendications de l'interné ne gênent le médecin dans le maintien justifié.

C'est pourquoi tout en approuvant les chefs des services libres de mettre les familles au courant — ce qui est indispensable — et en leur donnant le choix entre le placement volontaire et celui d'office, il n'y a que des avantages à recourir au placement d'office, s'il y a carence de la famille.

Je ne veux point terminer sans m'associer à l'opinion exprimée par M. Baruk sur ce que doivent être les services ouverts ; il a dit excellemment ce qui me paraît être la vérité et la sagesse.

M. René CHARPENTIER. — Je ne voudrais, ni prolonger cette discussion, ni rappeler un plan d'assistance psychiatrique et de transformation des Services de l'Asile Sainte-Anne que j'ai proposé dans un article paru en 1923 dans les *Annales médico-psychologiques* (1).

Mais il est une catégorie de malades dont on ne s'occupe pas assez et dont le traitement ne peut être assuré, ne doit être assuré qu'en « cure libre », dans un « service ouvert ». Ce sont les asthéniques, psychasthéniques, obsédés, petits déprimés, etc. J'ai connu un temps où, dans les consultations d'Hôpital, on déplorait chaque fois d'être complètement dé-

(1) René CHARPENTIER. — L'Hôpital Magnan. *Annales Médico-Psychologiques*, n° 3, mars 1923.

sarmé pour l'assistance de ces malades. Il n'était pas possible de songer à les interner. Leur indigence et leur état pathologique ne permettaient pas un traitement efficace à domicile. Et cet état spécial, habituellement de longue durée, faisait qu'on ne les acceptait pas ou qu'on n'acceptait pas de les conserver dans la plupart des services hospitaliers.

Assurément, la situation à ce point de vue s'est améliorée, mais dans une proportion encore bien insuffisante. S'il existe des services comme celui du Dr Crouzon à la Salpêtrière, ou celui de l'Hôpital Henri-Rousselle, où des salles spéciales sont réservées à ces sujets, ces services sont trop peu nombreux et disposent d'un nombre de lits trop restreint.

Ces malades, que leur état rend très à plaindre, ne peuvent être soignés au contact des aliénés. Il faut, pour eux, des conditions spéciales, des services spéciaux. C'est là une lacune de l'assistance neuro-psychiatrique, et peut-être, à mon avis, l'œuvre qu'il est le plus urgent d'accomplir.

En conclusion de cette discussion, on peut seulement s'étonner qu'elle puisse encore avoir lieu actuellement. L'initiative privée, à laquelle sans doute on n'accorde pas toujours chez nous l'attention qu'elle pourrait mériter, a réalisé depuis bien longtemps tous ces modes d'assistance. Maisons de Santé « fermées », Maisons de Santé « mixtes », Maisons de Santé « ouvertes » de types divers et adaptées à des catégories différentes, existent depuis longtemps en France, où l'on peut s'étonner de ne pas trouver à la disposition des indigents, et en quantité suffisante, les divers modes d'assistance et de traitement que les mêmes malades trouveraient pour se soigner s'ils étaient fortunés.

M. Henri CLAUDE. — Les divergences d'opinion que j'entends énoncer par nos divers collègues tiennent sans doute à ce qu'ils ont observé chacun dans des milieux différents.

Ayant été à même d'observer dans les hôpitaux et d'y voir, aussi bien à la Salpêtrière qu'à Saint-Antoine, des services libres pour malades mentaux ; ayant actuellement, d'autre part, à Sainte-Anne, simultanément un service libre et un service de malades internés, je me permets de vous faire part de mon opinion.

Dans le milieu hospitalier, je crois qu'il n'est possible de réclamer que de petits services pour séparer certains malades atteints temporairement d'affections aiguës ou d'origine toxique, infectieuse ou traumatique. C'est ce que je m'étais efforcé de réaliser à l'hôpital Saint-Antoine et après de nombreuses années

d'effort j'étais arrivé à voir édifié le service qu'a actuellement mon collègue Pagniez, assisté du Docteur Ceillier, service qui n'a d'ailleurs été terminé que lorsque j'ai quitté cet hôpital.

Un tel petit service ne peut être adapté qu'à des hospitalisations temporaires, en permettant néanmoins de laisser passer une crise d'excitation passagère, délirante ou non, et d'éviter à de tels malades la tare inévitable d'un séjour dans un asile, qui, ainsi que j'ai pu m'en rendre compte, bien des fois, était une entrave aux conditions professionnelles des sujets dans l'avenir.

Il ne saurait être question de placer dans des hôpitaux de médecine générale de véritables services pour des maladies mentales de l'ordre des états dépressifs, obsédants, toujours si voisins de véritables psychoses, et encore moins naturellement, de certains états psychopathiques qui peuvent évoluer vers les types divers d'aliénation mentale. En effet, l'organisation hospitalière ne se prête pas, en raison de l'insuffisance de la surveillance ou des compétences médicales, à des traitements d'états mentaux ou névropathiques graves qui donnent lieu bien souvent à des suicides, à des violences, à des fugues, etc.

De tels services pour accidents psychopathiques nécessitant un traitement et une surveillance active, malgré leur caractère de bénignité apparente, devraient, à mon avis, être placés à proximité ou à l'intérieur de services asilaires, mais à condition qu'ils soient logés dans des bâtiments à part et ayant une porte d'entrée spéciale, de nature à rassurer les malades et leurs familles et à donner confiance par un caractère réellement uniquement hospitalier qu'on leur assignerait.

Depuis 14 ans, j'ai l'expérience de ce que donne une installation encore très insuffisante et relativement mal adaptée à cette condition, puisque mon service de la Clinique des maladies mentales comporte, à un étage différent du service des malades aliénés, des chambres pour les sujets atteints d'affections mentales bénignes et ne comportant pas de risques de violences ou de danger pour les malades ou pour l'entourage. Dans ce service de malades libres, on peut garder ainsi un certain temps en observation des sujets et l'on peut leur appliquer les méthodes de traitement dont ils sont justiciables (moyens physiques ou médicamenteux ; psychothérapie, et surtout isolement, alitement, repos). Il est entendu que dans un tel service tout moyen de contrainte est supprimé ; seuls la discipline, ou l'alitement forcé, la séparation des familles constituent les mesures prescrites. L'avantage de la proximité d'un tel service avec le service d'internés, c'est que lorsque le diagnostic permet d'être fixé, ou



que, contre toute attente, le caractère dangereux de certaines affections apparaît, on peut faire passer le malade dans le service d'aliénés où il est suivi par les médecins qui connaissent l'évolution de la maladie et ne se décident à l'internement qu'à bon escient.

D'autre part, le caractère de tels services mixtes permet de faire passer du service fermé dans le service ouvert les malades en état de sortir, et de ne les rendre à la liberté qu'après un temps de séjour dans un service ouvert, afin d'apprécier plus facilement et de favoriser leur capacité d'adaptation à la vie libre.

Il serait absolument nécessaire que les pouvoirs publics et l'administration soient bien pénétrés de la nécessité de créer de ces services ouverts dans les conditions que j'indiquais, c'est-à-dire en les plaçant entre les mains de médecins compétents et imprégnés d'un esprit assez libéral et assez judicieux pour apprécier les diverses opportunités d'une assistance hospitalière aux diverses affections nerveuses ou mentales. La discrimination entre les différents moyens thérapeutiques à mettre en œuvre est une obligation à laquelle il convient de se plier en dehors de tout esprit de parti.

J'ai entendu plusieurs de nos collègues se montrer partisans très convaincus de la pratique de plus en plus étendue de l'internement. Je crois que cette pratique devrait de plus en plus tomber en désuétude, d'abord, parce qu'avec une bonne organisation des services hospitaliers, on arriverait, — sauf le cas de réactions dangereuses ou de protestations des malades contre la thérapeutique, — à soigner en cure libre, ce que l'on fait d'ailleurs dans les maisons de santé privées.

D'autre part, quoi qu'on en dise, la tare de l'internement persiste toujours, qu'il s'agisse de placement volontaire ou de placement d'office. Combien de fois ai-je entendu dire à des malades, parfaitement revenus à un état normal, combien ils avaient eu à lutter pour arriver à se reclasser au point de vue social ou professionnel, en raison du discrédit resté attaché à leur personne du fait d'un internement.

Certes, le placement volontaire offre pour les familles une atténuation de la rigueur de l'internement, puisque le séjour à l'asile peut être écourté ou même supprimé au gré des malades et de leurs parents, dans les cas favorables. Mais, aux yeux du public, il s'agit toujours d'une prévention à l'égard de la nature de l'affection traitée.

D'autres de nos collègues préconisent le placement d'office

plutôt que le placement volontaire ; alors, la situation est encore aggravée, car ce placement d'office est encore plus difficile à obtenir que le placement volontaire, et la sortie plus aléatoire. Nous savons tous combien, en présence d'un sujet dangereux et que nous ne pouvons approcher, — ce qui est le cas le plus fréquent, — il nous est impossible de prévenir par un internement administratif, les dangers que nous entrevoyons. Je ne reviendrai pas sur ce sujet archi-connu de l'impossibilité où l'on se trouve dans tant de cas, d'obtenir l'internement d'office. L'immense avantage des services libres, qui est apparu depuis la création de l'hôpital Henri-Rousselle, a été de démontrer qu'ils constituaient le dispositif le plus convenable pour arriver, après un temps d'observation, à mettre à l'abri des dangers qu'ils font courir à eux-mêmes et à la société, un nombre considérable d'individus qu'il eût été impossible, dans le courant de la vie ordinaire, de traiter par les moyens médicaux et administratifs ordinaires.

Quant à la question de l'avantage que présente l'hospitalisation sous le régime de la loi de 1838, au point de vue de la préservation des biens des aliénés, contrairement à ce qui résulterait de la condition de liberté des sujets en service ouvert, je me permets de faire remarquer que cette protection des biens des aliénés me paraît singulièrement insuffisante. J'ai recueilli une série de documents qui me permettent de formuler cette opinion. La charge qui incombe à ceux-ci est trop étendue ; je crois même qu'elle est bien souvent purement bénévole, de sorte qu'aucune réglementation ne permet d'assurer une bonne administration des biens de ces malheureux malades.

Le jour où l'on se décidera à modifier la loi sur les aliénés, il s'agit d'un chapitre auquel il devra être nécessaire de porter sérieuse attention. Une mesure comme celle de l'interdiction, plus ou moins accommodée aux circonstances, pourrait être avantageusement envisagée.

Pour me résumer, je crois donc qu'il serait nécessaire de multiplier dans les hôpitaux généraux de petits services d'isolement pour malades agités et à traiter par un séjour temporaire qui peut varier de 8 jours à un mois, services qui, à la suite de l'effort que beaucoup de neuro-psychiatres ont fait depuis 30 ans, existent déjà d'une façon très satisfaisante.

En second lieu, favoriser la création de services ouverts, beaucoup plus nombreux et notablement plus grands que ceux qui ont été créés jusqu'à présent. Ces services devraient être annexés, mais dans une situation indépendante, aux services des asiles

départementaux, ayant une situation autonome et d'un accès absolument libre. Ces services, munis de tous les moyens thérapeutiques permettraient l'observation, la discrimination des cas à traiter sur place, ou, au contraire, à transférer en service fermé, et ils s'adaptent également à l'œuvre de récupération des malades sortant des services fermés, dont on favoriserait la réadaptation à la sortie. Des services de surveillance et d'assistance sociale pourraient être adjoints à ces services ouverts, ce qui permettrait la prolongation de l'observation de ces malades dans la vie au dehors.

M. GOURIOU. — Si je comprends bien le sens des communications des Médecins des Hôpitaux psychiatres et des Assistants des petits services libres des Hôpitaux, il s'agit pour eux d'obtenir l'agrandissement de ces services, réservés aux malades mentaux légers, qui acceptent le traitement.

Tout d'abord, à mon avis, un trouble mental, même léger, s'il réclame des soins, les réclame pour une période minima de trois mois (et ceci en dehors de toute considération médico-légale). Renvoyer ces malades avant, c'est les exposer à une rechute rapide. C'est évidemment aussi augmenter le rendement quantitatif du service et améliorer les statistiques de guérisons, telles qu'elles nous ont été présentées.

Quant à l'acceptation du traitement par ces malades, c'est renoncer à avoir des anxieux, des confus, des maniaques, des mélancoliques, et bref, la plupart des psychopathes (dont la caractéristique des troubles est généralement d'être méconnus d'eux), ces malades ayant une tendance naturelle à gagner les portes ou les fenêtres.

Si c'est pour leur éviter notamment l'internement d'office, rien n'est plus facile que de les placer volontairement même après refus de la famille de signer cette demande de placement. Un ami ou une personne étrangère (assistante sociale, employé administratif) peut faire cette demande. Si la famille proteste contre cet internement, la loi prévoit la transformation du Placement volontaire en Placement d'office dans l'intérêt du malade et de la Société avec toutes les garanties médicales, administratives et judiciaires. D'autre part, la personne qui a signé la sortie, et il faut le faire connaître aux familles, n'a aucune responsabilité pour ce qui est du maintien ou de la sortie du malade placé volontairement qui peut être réclamé par n'importe quelle personne s'intéressant à lui.

Mon ami, le D<sup>r</sup> Heuyer, qui défend la conception du ser-

vice en Cure libre, doit se trouver gêné quand il agit en temps que Médecin de l'Infirmierie Spéciale près la Préfecture de Police où se font la majorité des internements, justifiés d'ailleurs à mon sens, avec cette réserve que la Procédure des placements d'office pourrait, pour les raisons que j'ai dites plus haut, être plus rarement appliquée.

Notre Société ne doit pas oublier que la Seine a, dans les Asiles, 8.000 lits occupés par les malades mentaux. Il serait grave pour elle de laisser opposer à nouveau l'intérêt de ces malades et l'intérêt des petits mentaux acceptant le traitement, et de réserver pour ceux-ci sa vigilance et son zèle. Les affections mentales qui durent 6 mois, 1 an, 2 ans et plus, sont nombreuses ; elles sont traitables, améliorables, guérissables autant que les états fugaces ; leur guérison doit être poursuivie dans les mêmes conditions hospitalières de traitement, de calme et de confort. L'amélioration dans ce sens des Services asilaires consacrés tant aux formes aiguës qu'aux formes durables, mérite toute l'attention de notre Société et je lui demande en fin de discussion de vouloir bien se persuader de son rôle vis-à-vis de tous les malades et de ne pas laisser naître un malentendu opposant les aigus et les chroniques.

M. CEILLIER. — Il m'est impossible de répondre à tous les argumentateurs, d'autant plus que la discussion a, parfois, un peu dévié. Je tiens seulement à faire remarquer que nous n'avons fait, M. Pagniez et moi, que verser au dossier des services de psychiatrie des Hôpitaux nos statistiques et nos observations.

L'utilité de ces pavillons ne me paraît pas susceptible de la moindre contestation. Malgré leur petit nombre de lits, ils rendent de grands services, soit en ordonnant le traitement et la mesure nécessaires, soit en internant, mais avec toutes les garanties nécessaires.

Le petit service libre de Baruk n'est nullement comparable au nôtre. Il en est même presque l'opposé. De même, il y a d'immenses différences entre les services psychiatriques libres de la Salpêtrière, de Henri-Rousselle et de la Clinique (P<sup>r</sup> Claude).

Je tiens à protester, très énergiquement, contre l'opinion que paraissent avoir certains de mes collègues que je suis un adversaire de l'internement et de la loi de 1838. Je suis au contraire, personnellement, un admirateur de la loi de 1838 qui est souvent bienfaisante pour le malade.

Ce que, peut-être, tous n'ont pas compris, c'est la profonde différence qui existe entre les malades du pavillon Dupré et les:

asiles d'aliénés. Le nombre de délirants et de chroniques est infime à Dupré. Nous voyons presque exclusivement des cas AIGUS d'origine toxique, infectieuse et traumatique. Peut-être, comme le suggérait M. Delmas, les alcooliques aigus devraient-ils être internés, mais, dans l'état actuel des lois, il nous est impossible d'interner un alcoolique qui, après 24 heures de délire subaigu, est redevenu absolument calme et lucide. Peut-être faudrait-il pour ces malades une législation spéciale et des *asiles de buveurs*.

Quant à la question du placement d'office, nous maintenons entièrement notre point de vue. Nous rappelons que les malades placés d'office ne peuvent sortir qu'avec l'*assentiment* de la Préfecture. Cet assentiment est très souvent refusé. Or, si ce contrôle administratif est légitime pour les aliénés judiciaires, dangereux, protestataires, il nous paraît inutile et vexatoire pour les malades aigus qui viennent des hôpitaux.

**Productions gommeuses survenues chez deux paralytiques généraux impaludés. Tertiarisation précoce ou tardive, par MM. Henri CLAUDE et Fl. COSTE.**

Les incidents qui peuvent survenir au cours ou à la suite de la malariathérapie chez les paralytiques généraux doivent être bien connus, non seulement pour permettre de les éviter ou de les conjurer rapidement, s'ils se produisent, mais également d'un point de vue théorique, car ils nous renseignent dans une certaine mesure sur le mode d'action de la malaria.

La paralysie générale est attribuée, à tort ou à raison, à une syphilis « anallergique » : syphilis active, mais n'éveillant pas dans l'organisme du malade les manifestations réactionnelles habituelles, elle progresse à bas bruit. Aucun effort défensif ne s'oppose à sa marche envahissante. Le processus anatomique de la fonte gommeuse qui aboutit à l'élimination des tissus infestés, ne s'observe pas. Depuis longtemps, on a constaté que la paralysie générale ne s'accompagne presque jamais d'accidents de syphilis tertiaire. Cette incapacité de l'organisme à réagir est sans doute la raison de l'impuissance des traitements chimiothérapiques, en général dans la paralysie générale. On sait d'ailleurs que les médicaments antisypilitiques (arsenic, bismuth, mercure) ne sont pas tréponémicides *in vitro* ; leur pouvoir curateur n'est qu'incident ; il réclame la collaboration de l'organisme, de ses réactions défensives.



Or, le résultat le plus net de l'impaludation (qui, à notre avis, souvent est peu active par elle-même) est de rendre au traitement spécifique habituel l'efficacité qui jusque-là lui manquait. Appliqué énergiquement après la fin des accès fébriles, il est l'agent essentiel des améliorations remarquables enregistrées chez les deux-tiers des paralytiques généraux impaludés.

Tout se passe donc comme si, d'une syphilis sans réactions, anallergique, la fièvre et la maladie parasitaire avaient fait une syphilis ordinaire où l'organisme a retrouvé la faculté d'utiliser contre le tréponème les médicaments habituellement actifs.

L'observation de certains accidents, heureusement rares, survenus à la suite de la pyrétothérapie malarique, ou d'une autre cause, donne à cette hypothèse un fondement objectif. Nous en rapportons ici deux exemples :

M. H..., 42 ans, a contracté, 25 ans auparavant, une syphilis qui a été mal soignée.

Depuis un an environ sont apparus des troubles du caractère et des désordres mentaux, réalisant un début à type dépressif : anxiété, fatigabilité, inaptitude au travail, idées de ruine, de faillite. Le caractère est modifié : humeur inégale, crises de colère, mutisme passager. Préoccupations phobiques (crainte de contaminer sa femme et les personnes qui l'entourent).

Il a au début conscience de ces troubles, il se dit fou. Au bout de quelque temps surviennent des troubles moteurs passagers (parésie d'une jambe, gênant la marche pendant quelques jours, aphasie transitoire).

On pose alors, d'après les antécédents, certains signes somatiques et les troubles mentaux, le diagnostic de syphilis cérébrale. Le Bordet-Wassermann est à ce moment négatif dans le sang, mais la ponction lombaire (9-2-31) donne un liquide clair avec une albuminose de 0,65 (au Sicard), 12,5 cellules par mm<sup>3</sup>, une réaction de Bordet-Wassermann très positive et la formule suivante de benjoin colloïdal : 2222.000.22000000.

Un traitement intensif par les injections de cyanure de mercure et de bismuth liposoluble est institué. Il n'empêche pas ces troubles de progresser. Le comportement devient celui d'un paralytique général. Le malade nous est adressé en vue d'une impaludation, à la fin de décembre 1931.

Il présente à cette époque tous les symptômes d'une paralysie générale confirmée : atteinte profonde de toutes les facultés intellectuelles, réalisant un état presque déméntiel avec désorientation, perte de tout jugement, propos absurdes et sans suite, euphorie, inconscience complète de son état, gâtisme. On note l'existence d'un signe d'Argyll, d'un tremblement typique de la langue et des lèvres, avec dysarthrie caractéristique.

Les réactions de Bordet-Wassermann (techniques classiques et de Calmette-Massol) et de Hecht sont fortement positives dans le sang.

Le liquide céphalo-rachidien, clair, un peu hypertendu, contient 0 gr. 35 d'albumine, 1,3 lymphocytes par mm<sup>3</sup>, 0,90 de sucre. La réaction de Bordet-Wassermann y est fortement positive. Celle du benjoin donne la formule : 22222.2222.000000. La réaction de Pandy est négative.

L'état général est bon. Urines normales. Tension artérielle normale. Azotémie : 0 gr. 31.

Impaludation le 6-1-32 : 48 heures plus tard survient une légère fièvre d'invasion. Les accès débutent le 19 janvier ; ils sont réguliers, mais quotidiens. Le malade les supporte bien, mais très vite on constate l'apparition d'une gomme tendue et fluctuante à la partie antérieure du palais et de la cloison nasale. Elle s'ulcère en quelques jours, par une fistule buccale, d'où s'écoule un pus malodorant.

Le Dr Rouget, consulté alors (27-1-32), reconnaît l'existence d'une *gonome* spécifique de la partie antérieure du *septum nasal*. Elle entraîne une *nécrose du cartilage du septum* et s'accompagne d'*ostéite du maxillaire supérieur* (bourgeon incisif). Une fistulette aboutit un peu à gauche de la ligne médiane, derrière les arcades dentaires. Il s'en écoule du pus fétide, surtout quand on comprime la collection septale. Rougeur de la pyramide nasale à hauteur des os propres.

Le Dr Rouget considère alors l'effondrement du nez comme vraisemblable et conseille un traitement antispécifique intensif pour limiter les dégâts portant sur l'architecture nasale. Il envisage, dès que l'état du malade le permettra, l'incision (nasale) de la collection septale, de façon à éviter autant que possible l'écoulement constant dans la bouche d'un liquide purulent et fétide.

Aussi interrompons-nous prématurément le traitement, après 7 accès, et commençons-nous un traitement soutenu : du 25 février au 2 mars, le malade reçoit 12 injections de bismuth liposoluble, puis une forte dose de sulfarsénol, on le remet ensuite au bismuth.

Le 23 avril, le Dr Rouget constate que la fistule du maxillaire supérieur ne donne plus lieu à aucun écoulement. Un stylet pénètre à 5 cm. de profondeur, traverse le massif incisif et gagne le septum nasal. Ce dernier reste gonflé, et une fistule y est apparue. Il n'y a pas encore d'effondrement nasal, mais celui-ci reste vraisemblable. L'incision nasale, qui devrait être assez large, apparaît contre-indiquée.

Le malade, que la première impaludation n'avait que très légèrement amélioré, et qui restait dans un état démentiel avec gâtisme, périodes d'agitation et de violences, a été de nouveau impaludé. Cette deuxième inoculation, suivie d'une reprise du traitement arsenico-bismuthique, puis d'une cure par un arsenic pentavalent, a amené une légère rémission.

Le malade a échappé à notre observation à partir du 15 mai 1933.

Il restait dans un état mental médiocre. Localement, la suppuration naso-palatine persistait.

Un deuxième cas vient de se présenter à notre observation, qu'il suffira de résumer très succinctement.

Or..., coiffeur, 40 ans, se présente le 28 août 1933 avec des signes nets de paralysie générale. Il a été traité vers l'âge de 28 ans pour une hémiplégie syphilitique qui a été traitée très régulièrement. Soumis à notre observation en 1933, il a subi une impaludation du 9 septembre au 28 septembre de la même année, puis il a suivi un traitement de plusieurs jours par la quinine et ensuite un autre traitement par l'arséno-benzol et le bismuth. N'étant pas amélioré, le malade est soumis, du 6 décembre 1933 au 12 janvier 1934, à un traitement par les ondes courtes. Il est sorti le 6 février 1934, nettement amélioré, et put reprendre son métier de coiffeur ; depuis cette époque, il est revenu régulièrement dans le service continuer son traitement.

Des renseignements qui ont été fournis par sa femme, il semble que son comportement soit normal, peut-être est-il un peu affaibli intellectuellement à un interrogatoire un peu poussé, mais dans les conditions ordinaires de la vie, rien n'est remarqué d'anormal.

Il se présente à nous le 15 avril 1936, en se plaignant d'une tuméfaction au niveau de la voûte du palais ; celle-ci n'est pas douloureuse, elle ne présente ni battements, ni rougeur ; elle est située exactement sur la ligne médiane, près des incisives médianes et environ du volume d'une petite cerise. Son aspect est celui d'une tuméfaction sans caractère inflammatoire ; elle est indurée, légèrement rénitente à la palpation, qui ne détermine pas d'ailleurs de douleur.

En raison de l'évolution lente, de l'absence de caractère inflammatoire, de l'absence de douleur, il n'est pas possible de porter d'autre diagnostic que celui de gomme syphilitique, probablement développée au niveau de la voûte palatine et près de l'insertion des incisives médianes.

Le malade est mis immédiatement au traitement par le Quinby. Nous suivrons ultérieurement l'évolution de l'affection.

Dans le premier cas, on assistait donc à l'apparition subite d'une fonte gommeuse de la cloison nasale et du bourgeon incisif, dès la malariathérapie : nous croyons même que l'action directe du parasite a joué un rôle déterminant beaucoup plus que la fièvre. En revoyant l'observation, on a en effet l'impression que la complication nasale débutait déjà pendant la période d'incubation, avant le premier accès, mais elle n'avait pas été nettement reconnue. En tout cas, c'est là un frappant exemple de « tertiarisation » de la syphilis anallergique, aussi suggestif par

les déductions théoriques qu'il justifie, quant au mode d'action de la malaria sur l'évolution syphilitique, qu'instructif au point de vue pratique : le risque de tertiarisation doit être toujours présent à l'esprit. A la moindre alerte, il faut être prêt à interrompre les accès et commencer un traitement énergique, quoique celui-ci ne cicatrise pas rapidement les gommés. Si certaines d'entre elles n'entraînent pas d'inconvénients sérieux, d'autres, par leurs localisations, peuvent au contraire engendrer des accidents redoutables. On a vu de la sorte des accidents de syphilis cérébrale tertiaire faire suite à l'impaludation.

L'apparition d'accidents tertiaires chez les paralytiques impaludés a été signalée par de nombreux auteurs, que l'on trouvera dans les livres de Gerstmann et de Leroy et Médakovitch, de Guiraud à cette Société, et de quelques autres auteurs, dont les observations sont éparées dans la littérature.

M. GUIRAUD. — Cette communication est intéressante, car les manifestations de tertiarisme chez les paralytiques généraux impaludés sont très rares. On reste des années sans en constater. A ce propos, je rappelle que divers auteurs ont signalé des faits d'intoxication grave produite par l'application simultanée des ondes courtes et de l'arsénothérapie. J'ajoute que l'épreuve de l'intradermo-réaction pour apprécier les soi-disant états d'allergie et d'anergie, ne m'a jamais fourni que les plus contradictoires résultats.

**Paraplégie en flexion d'origine cérébrale chez un paralytique général traité par les ondes courtes, par MM. Henri CLAUDE et Fl. COSTE.**

Guiraud et Caron, après une étude sur les manifestations syphilitiques tertiaires chez les paralytiques généraux impaludés, ont réuni 5 observations sur 110 cas de paralytiques généraux impaludés.

Il résulte de ce travail que la tertiarisation est beaucoup plus fréquente chez les sujets qui ont subi l'impaludation. Ces accidents peuvent être tardifs ou très précoces par rapport à l'impaludation. Au moment de l'apparition des accidents du tertiarisme, les réactions spécifiques du sérum sont plus ou moins accusées suivant les malades.

Ces considérations ont un intérêt pathogénique, car le pronostic dépend de la localisation des accidents tertiaires : ils devront

donc être traités le plus rapidement possible par la médication chimique, et conduisent à préconiser, après l'impaludation, de traiter les accidents syphilitiques possibles plutôt par les arsénicaux trivalents jusqu'à négativation des réactions sanguines.

L'observation que nous rapportons est un exemple de plus des phénomènes de tertiarisation qui peuvent survenir chez des paralytiques généraux à la suite d'un traitement par les ondes courtes. Sans revenir sur les complications syphilitiques qu'on observe à la vérité très rarement chez les paralytiques généraux et qui ont déjà fait l'objet d'observations antérieures, nous rapporterons seulement ici très brièvement le cas intéressant, au point de vue clinique comme au point de vue pathogénique, d'une de nos malades qui, entrée avec des signes indiscutables de paralysie générale, et traitée par les ondes courtes, a fait subitement un petit ictus qui a entraîné une paraplégie en flexion indépendante de toute lésion médullaire et qui est nettement en rapport avec les lésions cérébrales telles que celles qui ont été décrites dans la thèse d'Alajouanine.

La dame F..., 51 ans, entre à la Clinique le 24 mars 1935, avec le diagnostic suivant : gros affaiblissement intellectuel, dysarthrie très prononcée, signe d'Argyll, myosis, euphorie, approbativité. Ponction lombaire nettement positive. Paralysie générale.

La malade est soumise à la pyrétothérapie par les ondes courtes du 9 avril au 16 mai. Dans le courant des mois suivants, on constate une amélioration très nette. Bien que la malade soit illettrée et d'un niveau intellectuel peu élevé, on note surtout que ses réponses sont pertinentes, qu'elle se rend compte d'un certain degré d'infériorité intellectuelle et que son auto-critique est, d'une façon générale, nettement normale. Les signes somatiques persistent : légère dysarthrie, tremblement des mains et de la langue, aréflexie pupillaire.

Le 5 septembre, la malade, qui est traitée par les arsenicaux et le bismuth, paraissait tout à fait en voie d'amélioration et circulait dans les cours, quand, vers 6 heures et demie, elle présente nettement un ictus avec obnubilation intellectuelle durable, sans perte de connaissance mais dérobement des jambes, troubles de la parole passagers, troubles de l'équilibration, réflexe plantaire indifférent, réflexes rotuliens normaux, sans clonus.

Les jours suivants, peu à peu, on constate une faiblesse de plus en plus grande des membres inférieurs, qui étaient encore en position normale, des troubles sphinctériens constants, altérations psychiques très prononcées. La malade éprouve des douleurs surtout nocturnes au niveau des membres inférieurs qui empêchent le sommeil, et peu à peu on voit ses membres inférieurs modifier leur position et tendre à se fléchir de telle sorte que dans le courant du mois



d'octobre les phénomènes apparaissent de plus en plus nets et en novembre l'attitude en flexion des membres inférieurs est extrêmement marquée, sans paralysie des membres supérieurs. L'extension est impossible car elle est extrêmement douloureuse sans qu'il y ait de troubles objectifs de la sensibilité marqués des membres inférieurs, elle provoque une exagération de la flexion. Le signe de Babinski, qui n'existait pas au début, apparaît maintenant nettement des deux côtés. Il existe un clonus inépuisable et une escarre sacrée qui d'ailleurs s'est modifiée peu à peu sous l'influence du traitement. La ponction lombaire faite au début de décembre 1935 montre une tension de 15 dans la position horizontale ; Pandy légèrement positif ; albumine 0,45 et 4 éléments à la cellule de Nageotte.

Une seconde ponction lombaire a été faite plus récemment (avril 1936), qui a montré un Queckenstedt nettement positif, albuminose moyenne (0,55), Bordet-Wassermann positif et sans lymphocytose (2 lymphocytes). L'état reste stationnaire actuellement depuis plusieurs mois ; il n'y a plus d'affaiblissement intellectuel très prononcé, mais il y a des hallucinations auditives. Pas de rire ou pleurer spasmodique.

Il s'agit donc vraisemblablement d'une lésion bilatérale à évolution progressive de la voie pyramidale, probablement en rapport avec des altérations artérielles des noyaux gris centraux.

### Délire de gynécopathie interne chez une paralytique générale après malarisation, par M<sup>lle</sup> CULLERRE et M<sup>me</sup> EDERT.

Nous vous rapportons l'observation d'une paralytique générale, réalisant, après malarisation, une forme délirante un peu particulière et dont l'étude nous a semblé présenter quelque intérêt.

Il s'agit d'une femme entrée dans notre service le 21 septembre 1931, à l'âge de 43 ans et présentant alors une paralysie générale à forme expansive, avec affaiblissement intellectuel, perte de l'auto-critique, idées absurdes de richesse, satisfaction, fabulation, agitation motrice assez vive.

Les pupilles sont inégales, de contour irrégulier, la réaction à la lumière, paresseuse à droite, est abolie à gauche. Il existe du tremblement des extrémités, les réflexes patellaires sont vifs. L'examen du liquide céphalo-rachidien montre une formule positive.

La malade est impaludée le 4 octobre ; on laisse évoluer 8 accès. Après l'impaludation, deux séries de Stovarsol solique (21 gr.) sont pratiquées entre le 11 novembre 1931 et le 30 mars 1932.

Pendant toute la durée de la période fébrile, l'agitation est très intense avec désordre des propos et des actes, euphorie, cris, chants.

On n'a pas l'impression cependant que cette agitation soit le fait d'un onirisme intense. Elle s'accompagne d'un état général très déficient et persiste sans amélioration pendant deux mois. Au début de janvier, elle s'est notablement atténuée, et bientôt a fait place à un état de dépression, la malade se montrant craintive, puérile et incapable d'aucune activité utile.

Pourtant, à la fin de janvier, elle écrit spontanément à son mari, une lettre dont la forme et le contenu, contrastant avec son comportement habituel, nous surprend. Elle s'y exprime d'une façon pertinente au sujet de sa maladie, donne des détails sur l'emploi de son temps, s'enquiert de tous les siens, demande des visites et manifeste le désir de rentrer bientôt à son foyer, tout en reconnaissant qu'elle ne manque de rien à l'Asile.

Pendant les mois qui suivent, l'amélioration s'accroît surtout en ce qui concerne la reprise de l'activité, mais la malade reste puérile, triste et concentrée et nous avons l'impression de n'avoir obtenu qu'une rémission assez incomplète, la malade restant une « éclopée mentale ».

La sortie étant instamment demandée par la famille, la malade quitte l'Asile le 14 mai 1932.

Nous restons sans nouvelle de cette paysanne vosgienne pendant trois ans et demi, lorsque, le 21 novembre 1935, elle entre de nouveau dans notre service.

Au milieu de manifestations anxieuses très intenses qui rendent un premier examen difficile, la malade nous expose un délire de possession dans lequel les phénomènes cénesthésiques tiennent une place prépondérante. Après sa sortie, elle continua à éprouver une impression de malaise, compatible cependant avec ses besognes ménagères. Mais bientôt elle ressentit des douleurs très intenses au niveau des membres supérieurs, de la face, de la nuque.

Dans les mains, c'étaient comme des fourmillements, des engourdissements, des sensations électriques. Au visage, c'étaient des brûlures au niveau des lèvres, de la langue, des sensations de dureté ou de ratatinement des tissus.

Bientôt le caractère xénopathique de ces sensations s'impose à la malade qui développe un délire qu'avec MM. Laignel-Lavastine, Papillaut et Bonnard, on peut qualifier de délire de gynécopathie interne. Elle se croit en effet habitée par une femme, qui s'acharne à la faire souffrir, dirige ses moindres gestes, préside à toutes ses fonctions, exerce sur elle des pressions, des inhibitions.

Actuellement, cette femme siège dans sa tête, elle détruit les tissus, fait craquer les os ; le visage se ratatine et bientôt il n'y aura plus que la peau et les os.

Dans les membres, elle envoie comme des engourdissements, des courants électriques. Cela lui endort les mains et lui a fait casser beaucoup d'objets de vaisselle. Parfois, elle lui fait le « tourbillon »,

c'est-à-dire qu'elle la fait tomber sur le sol, et tourner plusieurs fois sur elle-même.

Lorsqu'elle était à bicyclette, elle l'empêchait de pédaler, l'obligeant à s'arrêter par des « pressions » qui lui arrachaient les mollets. Elle la balance, elle la secoue, elle la fait crier.

La malade, âgée maintenant de 47 ans, présente de la dysménorrhée et nous dit que ses règles, plus fréquentes, ne la font pas souffrir comme d'habitude. Elle en conclut que le sang qu'elle perd n'est pas le sien, mais celui de la femme qui l'habite.

Au début, « la femme qui est en elle » causait dans son estomac, lui disant parfois de « belles choses » et lui indiquait le soir ce qu'elle devait faire le lendemain. Puis cela devint pénible et sa persécutrice se mit à parler avec rapidité, la traitant de façon itérative de « sotté » et de « vache », chantant parfois à « toute vitesse ».

La nuit, la malade dort fort peu, la femme lui « fait voir » beaucoup de choses : ce sont des hommes surtout, se déplaçant en scènes cinématographiques, parfois son mari ou ses enfants.

Ces représentations visuelles sont dénuées de caractère pénible, elles sont même gaies parfois, mais ce qui est constant, c'est que pendant qu'elles se déroulent la malade cesse de souffrir, sa persécutrice relâchant son action destructrice.

Il n'y a pas d'hallucinations auditives, la malade n'accusant que quelques phénomènes élémentaires à caractère indifférent. La malade est bien orientée, adaptée à l'entourage et au milieu. Si on ne la sollicite pas, elle est le plus souvent triste, concentrée, maintenant d'une main sa nuque, même lorsqu'elle quitte son lit.

Par moment, elle pousse des gémissements, pleure, présente la mimique de la souffrance ainsi que des réactions vaso-motrices sous forme de rougeurs en placard très intenses au niveau de la face et du cou. La malade exprime des sentiments normaux à l'égard de son mari et de ses enfants, auxquels sa persécutrice a fait bien du mal. Elle nous explique en effet que son mari, supportant mal le spectacle de sa souffrance, s'est mis à boire et s'est endetté. Elle lui reproche de l'avoir amenée à l'Asile, car, dit-elle, sa fin est prochaine et elle aurait voulu mourir chez elle.

Une ponction lombaire faite à la seconde entrée a montré une formule biologique entièrement négative :

|                         |                   |
|-------------------------|-------------------|
| Bordet-Wassermann ..... | —                 |
| Lymphocytes .....       | 0,8               |
| Albumine .....          | 0,10              |
| Benjoin .....           | 00000.22100.00000 |

Les signes pupillaires ne se sont pas modifiés. Une série de Quinby soluble a été pratiquée, elle semble avoir eu pour effet une atténuation des réactions anxieuses et une amélioration du sommeil.

Nous avons profité de cette accalmie pour soumettre la malade à

l'épreuve des Tests de Binet et Simon. Les réponses obtenues permettent de lui attribuer un niveau mental de 8 ans.

L'examen de la sensibilité objective est resté négatif.

En somme, après malarisation, chez une paralytique générale à forme expansive, nous voyons apparaître une phase de malaise physique et de dépression, bientôt suivie d'un syndrome douloureux assez spécial, à l'occasion duquel paraît bien s'être développé un délire de possession à forme de gynécopathie interne.

Les différentes formes de « paraphrénies paralytiques » sont bien connues et nous n'y insisterons pas, toutefois nous ferons remarquer que le délire présenté par notre malade, bien qu'assez pauvre et stéréotypé, est plus pur que les thèmes délirants habituellement décrits, où se retrouvent, mêlées, des idées délirantes de teinte diverse, et qu'accompagne surtout une discordance émotionnelle avec fréquemment euphorie résiduelle.

Nous ne saurions non plus passer en revue les hypothèses tendant à rendre compte de la fréquence relative depuis l'emploi général de la malarisation, de ces paraphrénies rares jadis. Disons seulement que le rôle étiologique des troubles cénesthésiques si particuliers éprouvés par ces malades nous semble avoir été trop systématiquement négligé par certains auteurs.

Pourtant, au Congrès d'Anvers, en 1928, MM. Vermeylet et Vervaeck attiraient déjà l'attention sur les formes hypocondriaques, plus rares que les formes paranôides et sur le rôle important qu'on peut accorder à ces phénomènes douloureux, dans la genèse des idées délirantes.

Ils attribuent une origine organique à ces « paresthésies étranges » dont se plaignent des malades, d'autre part non délirants, et capables de reprendre une vie sociale, assez normale. Ils sont frappés des « termes métaphoriques » dont se servent les malades pour faire comprendre « des sensations indescriptibles en elles-mêmes » : « c'est comme si leur cerveau devenait délirant, il y a une coulée froide qui leur descend de la tête dans les reins, ils sentent que la malaria leur monte au cerveau, etc... ».

M. Guiraud, tout récemment, ici-même, dans une étude fort intéressante et documentée, décrit les syndromes sensitifs des paralytiques malarisés et insiste également sur la qualité particulière des douleurs, qui, sans être franchement névralgiques, consistent exclusivement en fourmillements, en brûlures, en sensation de vent, en impression de ratatinement, de dureté. Ces caractères suggèrent d'autant plus un rapprochement avec les

sympathalgies que les phénomènes sensitifs s'accompagnent habituellement de manifestations vaso-motrices.

Or, notre malade, elle aussi, s'est servie pour décrire les douleurs qu'elle ressent de termes absolument identiques, et elle présente des troubles vaso-moteurs manifestes, s'accompagnant d'un état d'anxiété.

Dans ces conditions, il ne nous paraît pas trop hardi, malgré le caractère absurde de l'explication qu'elle en fournit, d'admettre que ce syndrome sensitif soit l'expression de désordres organiques.

L'état de malaise, d'inquiétude qui l'accompagne, nous paraît éminemment propice à l'élaboration d'un thème délirant et cela, d'autant mieux, que le caractère d'étrangeté des douleurs elles-mêmes est bien de nature à imposer la notion de xénopathie à une intelligence d'autre part diminuée.

Des cas de ce genre ne sont pas exceptionnels en clinique, leur intérêt nous semble être surtout d'ordre documentaire et leur valeur en quelque sorte schématique. Joint à d'autres faits analogues, ils constituent un matériel d'étude où l'on pourrait sans doute puiser des éléments de nature à éclairer certains côtés du problème de la genèse des délires.

Nous nous garderons cependant de déductions trop hâtives et insuffisantes pour résoudre une question aussi complexe et discutée.

#### BIBLIOGRAPHIE

- P. GUIRAUD et Ch. NODÉ. — Les syndromes sensitifs chez les paralytiques malarisés.
- LAIGNEL-LAVASTINE, PAPILLAUT et BONNARD. — Délire de gynécopathie interne (*Société de Psychiatrie*, le 15 novembre 1928).
- MASQUIN et BOREL. — Onirisme malarique et paraphrénies paralytiques. *Encéphale*, février 1934.
- VERMEYLEN et VERVAECK. — Apparition d'un syndrome hypocondriaque chez les paralytiques généraux malarisés (Congrès d'Anvers 1928).
- VERMEYLEN et VERVAECK. — Les formes psychosiques chez les paralytiques généraux malarisés et la notion de démence paralytique. *Encéphale*, 1930, n<sup>os</sup> 8 et 9.
- Jacques VIÉ. — L'idée délirante d'anthropopathie interne (Congrès de Bruxelles, 1935).

M. VIÉ. — Ces cas sont très intéressants. Et j'ai moi-même observé de tels délires, auxquels j'avais donné le nom d'anthropopathie interne, chez des malades dont j'ai rapporté l'histoire au Congrès de Bruxelles de l'an dernier. On les rencontre surtout chez des syphilitiques ou des paralytiques généraux. La



recherche des réactions humérales syphilitiques a été positive 6 fois sur 8.

M. GUIRAUD. — Ils ne sont pas, d'après mon expérience, l'apanage des syphilitiques. Sur des centaines de paralytiques généraux impaludés ou non, je ne crois en avoir rencontré qu'un seul.

**Réactions psychopathiques ébauchées en rapport avec des difficultés sociales chez des déséquilibrés, par M. J. VIÉ.**

MM. Laignel-Lavastine, G. d'Heucqueville et Sambron ont présenté devant la Société, le 13 février dernier, un jeune homme de 21 ans qui, à l'issue du service militaire, se trouvant sans travail, fit, dans un état d'instabilité et d'inquiétude, une série de tentatives de suicide, ne paraissant pas traduire une véritable résolution de se tuer, et destinées d'ailleurs, de par leur technique même, à l'échec.

Notre attention a été attirée, depuis que nous dirigeons la Colonie d'Ainay-le-Château, sur une série de jeunes sujets internés pour des épisodes psychopathiques frustes, aux signes seulement ébauchés, qui cèdent vite au traitement des asiles. Ces sujets sont plus ou moins tarés, mais parfois, le déséquilibre est demeuré chez eux inapparent jusqu'à ce qu'il soit révélé par des circonstances sociales difficiles, trop fréquentes malheureusement en ces dernières années.

En voici six cas typiques, rangés suivant l'importance croissante du déséquilibre foncier. Chez le premier d'entre eux, le rôle du facteur sociologique apparaît à son maximum.

OBS. I. — Raymond V., né en 1911, employé de commerce. *Désarroi post-régimentaire. Trois tentatives de suicide. Orphelin. Fond d'hyperémotivité. Guérison complète.*

Orphelin de père et de mère à 12 ans (hérédité alcoolique et tuberculeuse), 4 frères, intelligent, muni de son brevet élémentaire, bon comptable. Il devance l'appel du service militaire, fait campagne au Maroc. A son retour, à 21 ans, il ne peut retrouver de travail malgré tous ses efforts (juillet 1932). Il perd courage. Trois tentatives de suicide en 1933 au moyen de gardénal. Toutes échouent.

Interné le 28 novembre 1933 (venant de l'Hôpital Henri-Rousselle) pour « état dépressif chronique avec idées de suicide et tentatives répétées..., désordre des actes, vend des objets, des habits appartenant à son frère ; conscient d'un certain fléchissement, activité spontanée réduite, n'a de goût à rien, reconnaît son incapacité à vivre au dehors, accepte l'internement dans un asile » (Dr Courtois).

A Ste-Anne, il s'améliore très vite, travaille presque d'emblée, est envoyé en Colonie Familiale par M. Truelle le 13 janvier 1934, s'y montre gai, travailleur, de bonne tenue.

Au point de vue morphologique : nez en selle, strabisme léger, thorax un peu étroit. Toutes réactions humérales négatives. Tachycardie, transpiration émotives lors de l'arrivée à Ainay.

Il sort le 3 juin 1934, trouve bientôt une place aux Messageries Hachette : il l'occupait encore au 1<sup>er</sup> janvier 1936.

Raymond représente un type de déséquilibre très léger, mis en évidence par le chômage au retour du régiment, en l'absence d'un encadrement familial suffisant. Sur le fond d'émotivité s'est développée, à la suite d'échecs répétés, une inquiétude diffuse, suivie d'un sentiment d'impuissance, d'un renoncement à la lutte pour la vie, des tentatives de suicide qui échouent. Le traitement, isolement sociothérapique, a ramené la sécurité ; puis, dans le milieu neutre du placement familial a pu renaître l'espoir, et la sortie a été suivie d'un plein succès.

Le cas suivant se trouve compliqué par l'appoint toxique de l'alcool.

OBS. II. — Auguste S., né en 1905, chauffeur de taxi. *Excès de boisson faisant perdre une situation. Epilepsie alléguée. Désarroi par suite de la crise économique. Tentative de suicide. Isolement familial. Instabilité légère.*

Fils naturel, en mauvais termes avec le mari de sa mère. Intelligent, mais pas de certificat d'études. Placé à 13 ans comme employé dans l'alimentation. Au retour du service militaire, devient chauffeur de taxi, se marie, a un enfant. Séparé de sa femme au bout de 4 ans « pour des raisons d'intérêt », fait des excès de boisson avec des camarades. Un soir, il laisse sa voiture dans une rue, sans lumière. Mené au poste, puis à la Santé, il allègue l'épilepsie, une histoire de fugues inconscientes et il est interné à Villejuif pendant 9 mois (1931).

A sa sortie, il ne trouve que des emplois de raccroc, il est désarmé ; infirmier dans un sanatorium de Berck, son pays, il a des rhumatismes ; il travaille à la campagne, dans le Loiret, rentre à Paris, sans travail. Il tente de se suicider avec du gardénal, est amené à St-Antoine, s'y fait avec une lame de rasoir des incisions de l'avant-bras.

Interné le 7 avril 1934 pour « épilepsie » en état dépressif, il ne présente aucun symptôme caractéristique, se montre calme et bon travailleur (service de M. P. Abély). Transféré à Ainay le 8 août 1935, il s'y occupe bien, mais se livre à quelques excès de boisson.

Constitution physique robuste et normale.

L'habitude des excès de boisson constitue le point noir pour l'avenir de ce jeune homme, par ailleurs très peu taré, d'une intelligence assez vive, très conscient de sa situation. Nous arrivons maintenant à un sujet beaucoup moins doué, que le chômage a trouvé complètement désarmé.

OBS. III. — Edouard L., né en 1905, manœuvre. *Désarroi consécutif à la crise économique, tentative de suicide. Orphelin. Débilité mentale, instabilité, mythomanie, appoint alcoolique.*

Orphelin, sans relations avec ses frères et sœurs, se trouve à 28 ans sans travail pendant de nombreux mois, se laisse aller. M. de Clérambault, le 10 janvier 1933, signale l'aboulie, le déséquilibre émotionnel, mais aussi l'excentrisme, le dilettantisme, l'opportunisme des déclarations. Edouard aurait eu une crise épileptoïde dans un hôpital en 1931. Il fait un premier séjour à l'infirmerie du dépôt; renvoyé, il y est ramené dès le lendemain, après une apparence de tentative de suicide, petites coupures par lames de rasoir sur l'avant-bras. « J'avais bu », nous dira-t-il, « dans un moment de cafard ».

On ne constatera dans les asiles que ce « déséquilibre mental avec troubles de la conduite et du caractère » (Génil-Perrin).

A Ainay, le 19 décembre 1933, Edouard se montre instable et protestataire, au bout de quinze jours, quitte un premier placement, ne se trouvant pas assez payé et entraîne un camarade à en faire autant; remplacé, il part trois jours après, en pleine nuit, à St-Amand, où manquant d'argent pour prendre le train il se rend au Commissariat de police. Transféré à l'Asile de Chezal-Benoît, il en sort au bout de quelques mois.

Edouard L., sachant lire et écrire, mais peu intelligent, de jugement borné, fait preuve d'une instabilité foncière et d'une paresse invétérée. Grand garçon bien bâti, il présentait néanmoins des varices de la jambe droite et aurait subi une ménisectomie en 1933.

Les trois autres malades de notre série joignent à un déséquilibre foncier beaucoup plus marqué, l'accomplissement d'actes délictueux — deux d'entre eux ont été internés à la suite de non-lieux après expertises médico-légales; ils semblent toutefois ne pas appartenir à la catégorie des pervers amoraux.

OBS. IV. — Edmond B., né en 1911, ouvrier boulanger. *Désarroi dû à la crise économique: vols, épilepsie alléguée. Enfant assisté. Émotivité. Mythomanie.*

Pupille de l'Assistance Publique, il perd de bonne heure ses parents nourriciers. Pas de certificat d'études, mais ne paraît pas débile intellectuel. Réformé pour troubles psychiques(?): « On disait que j'avais des crises, que je tombais par terre, je ne m'en suis jamais aperçu. » Ouvrier boulanger en chômage, 20 ans, il est

condamné à 4 mois de prison pour vol ; à 21 ans, en 1933, ce sont deux vols, l'un de 1.000 fr., l'autre d'un coupon d'étoffe à la devanture d'un grand magasin, « accomplis sciemment et volontairement », dit l'expert, M. Truelle, mais par un sujet psychiquement malade, isolé dans la vie, « atteint de déséquilibre mental avec hyperémotivité, instabilité, impulsivité. Tendances dépressives actuellement prédominantes, ajoute le rapport, crises névropathiques, de type apparemment pithiatique ». Non-lieu suivi d'internement.

A l'Asile, ne persiste que le fond mental avec troubles de la volonté, manque d'initiative. Edmond travaille régulièrement. Une demande de sortie formulée par sa maîtresse est rejetée après enquête de la Préfecture de Police. A Ainay (30 janvier 1935, le jeune homme, agréable, de tenue impeccable, travaille assidûment de son métier de boulanger. Il est capable de gagner sa vie. Il sort, le 1<sup>er</sup> avril 1935, plein de bonnes résolutions qu'il expose avec élégance et apparente sincérité. Quinze jours plus tard, sans avoir jamais paru chez le correspondant honorable qui l'avait réclamé, il était inscrit au chômage à Montmartre...

Bonne constitution physique. Tremblement et éréthisme cardiaque lors des examens.

Aux circonstances sociales fâcheuses, s'ajoutent encore parfois des influences familiales néfastes. En voici un exemple chez un jeune homme qui paraît peu capable de mener une vie normale.

Obs. V. — André G., né en 1910, jardinier. *Instabilité, mythomanie, vols, épilepsie alléguée, idées de suicide.*

Fils unique dont les parents sont séparés. Certificat d'études. A l'en croire, il a été traité à 10 ans pour une lésion pulmonaire, dans un sanatorium ; il a été exempté du service militaire pour faiblesse de constitution ; depuis quelques années il présente des « crises bi-mensuelles » ; en 1932, il est atteint d'une méningite cérébro-spinale, puis il tombe sous une voiture, au cours d'une crise, et on le trépane à Bicêtre. De fait, on sent au niveau d'une cicatrice du cuir chevelu une dépression de l'os pariétal gauche. Ne pouvant trouver de travail, il vagabonde, ébauche des tentatives de suicide, brise des vitres, présente des colères furieuses dans lesquelles il frappe et mord.

Mais la Préfecture de Police nous signale, dès 1929, deux condamnations à 6 mois de prison pour abus de confiance, à un mois avec sursis pour le même motif, et en 1932, une troisième condamnation à un mois de prison pour vol...

Interné le 10 avril 1934, André présente à la quinzaine « des troubles habituels du caractère, des équivalents confusionnels, des impulsions au suicide ; mais pendant 9 mois d'observation, on ne constate aucune crise épileptique » (P. Abély).

A Ainay (30 janvier 1935), le jeune homme se montre instable, prétentieux, volontiers protestataire ; cette tendance est entretenue par les revendications de sa mère, à laquelle il se plaint d'être maltraité, mal nourri, pour se faire envoyer de l'argent. Il paraît incapable de gagner sa vie, bien qu'il se dise horticulteur spécialisé.

Au point de vue morphologique, on note une hémiasymétrie d'ensemble, la moitié droite du corps se trouvant moins développée (bouche, membres inférieurs asymétriques, scoliose). Petits râles fins au sommet du poumon droit.

Repris par sa mère le 30 avril 1935, André était, au 1<sup>er</sup> janvier 1936, hospitalisé à Paris.

Nous terminons par un cas quelque peu différent comme présentation pittoresque : il s'agit d'une bouffée délirante imaginative, demeurée, elle aussi, à l'état d'ébauche chez un jeune homme atteint de myopathie progressive.

OBS. VI. — Olivier Ch., né en 1910. *Vie aventureuse, escroquerie, bouffée délirante imaginative. Hérité complexe, mythomanie, myopathie progressive.*

Père mort d'affection hépatique, mère démente paranoïde internée depuis 9 ans, un grand-père maternel atteint de myopathie. Lui-même intelligent, employé de commerce. Syphilis acquise à 19 ans. Après le service militaire, début d'une myopathie avec atrophie diffuse, très inégalement répartie, prédominant au membre supérieur droit. Très agréable, extrêmement « débrouillard », plein d'entrain, fertile en expédients, mais instable, Olivier a une activité désordonnée, a fait de nombreuses places.

Inculqué d'escroquerie relative à une somme de 13.000 fr. dans des circonstances qui décèlent un accès d'excitation avec idées délirantes d'origine imaginative et interprétative, tendances revendicatrices. Non-lieu et internement après expertise de M. Truelle.

A Villejuif, P. Abély traite la syphilis, note l'état hypomaniaque, le thème imaginatif : le chèque touché par Olivier lui aurait été donné en récompense d'une mission délicate et dangereuse de détective privé. Tout cela se calme rapidement.

En Colonie familiale (8 août 1935), Olivier, très conscient de son état physique et mental, s'attire la sympathie des nourriciers, rentre en relation avec des amis qui lui procurent une situation. Il sort le 7 novembre 1935.

\*  
\*\*

Nous désirerions souligner quelques points de la sémiologie de ces troubles, ainsi que le terrain individuel sur lequel ils se sont développés, et les circonstances sociales qui ont favorisé leur apparition.



*Remarques sémiologiques.* — Les réactions épisodiques ont eu lieu toutes *avant* l'internement, soit en ville, soit à l'hôpital. *Aucune d'entre elles n'a été observée à l'asile* ; on n'y constatait plus qu'un trouble émotionnel qui s'est atténué dans le délai d'un à deux mois, ne laissant subsister après lui que le déséquilibre foncier.

Les certificats de placement et les récits des malades mettent au premier plan :

1) *Les tentatives de suicide.* — Deux procédés ont été employés : le gardénal à dose de quelques comprimés ; les incisions de l'avant-bras gauche, faites sur le trajet supposé de l'artère radiale au moyen de lames de rasoir de sûreté. Parfois multiples, elles sont toujours demeurées très superficielles. Alors que nous étions interne de M. Sorrel, à l'Hôpital Maritime de Berck, en 1923, nous observions déjà un cas semblable, chez un peintre déséquilibré, traité pour coxalgie ; ce sujet devait, au début de 1928, être condamné à mort pour assassinat d'une femme beaucoup plus âgée que lui, avec laquelle il vivait.

Ces tentatives sont répétées jusqu'à ce que l'internement soit obtenu. Ainsi Raymond V., pour sa première tentative, est amené à Henry-Rousselle, en février 1933 ; de même pour la seconde, en septembre ; quelques jours après sa sortie, en novembre, la troisième l'amène à Beaujon, puis à Ste-Anne. Ces sujets ne paraissent pas avoir voulu réellement se donner la mort. « Je n'en avais pas réellement envie », avoue Edouard L.

2) *Les crises épileptiques* ne sont qu'alléguées, les certificats de placement ne les mentionnent que d'après les renseignements de témoins profanes. Souvent, d'ailleurs, ne parlent-ils que de crises épileptoïdes, d'équivalents — vertiges ou fugues. Pour Edouard B., M. Truelle indique des crises « apparemment pithiatiques ». André G. fait accepter son récit de crises comitiales bi-mensuelles, consécutives à une prétendue méningite, mais ne parle pas des actes délictueux antérieurs, qui l'avaient fait condamner. Quant aux fugues, aux périodes d'amnésie, Auguste S. assure que rien de tout cela n'a existé, qu'il a inventé tous ces faits pour échapper aux poursuites judiciaires. Les affirmations actuelles du malade ne suffisent évidemment pas pour rejeter *à priori* les troubles anciens, mais nous orientent peut-être vers une autre interprétation.

De même, la bouffée délirante d'Olivier Ch., centrée par ce fait véritable, l'escroquerie de 13.000 fr., aux dépens d'une employeuse ; des documents présentés par le malade diminuent singulièrement la part du délire dans cet étrange roman poli-

cier : hâbleur et astucieux, peu scrupuleux, légèrement hypomaniaque, le jeune homme avait eu une proie facile. Les idées de persécution demeuraient imprécises, les tendances revendicatrices diffuses. Rien n'en a persisté, mais à peine sorti, Olivier se trouvait déjà lancé dans des aventures non moins curieuses.

*Le trouble de l'humeur et le déséquilibre foncier.* — A la porte des Asiles s'est close la phase pittoresque. Ce que l'on a observé, ce sont des troubles de l'humeur qui, sauf pour l'enthousiaste et loquace Olivier Ch., appartiennent à la série dépressive, parfois avec appoint confusionnel. Edouard L. s'abandonne complètement ; la mobilité de l'humeur, les tendances impulsives, les moments d'anxiété, l'aboulie dominante dictent à M. de Clérambault un pronostic sombre : déchéance rapide, parasitisme prochain. « Je n'avais plus d'espoir de me relever », nous dit ce jeune homme. Chez Raymond V., existait la conscience d'un fléchissement de l'activité, de l'incapacité à vivre au dehors, l'impossibilité totale de se ressaisir. Le fond de cet état est fait d'inquiétude, de lassitude, d'amertume devant la défaite éprouvée dans la lutte pour la vie.

Lorsque nous avons reçu ces sujets, en Colonie Familiale, il ne nous restait plus à apprécier que leur *déséquilibre* primitif, basal, si l'on peut dire. Ce déséquilibre était d'ailleurs chez eux très inégal. Notons d'abord, que seul, Edouard (obs. III) relève de la débilité mentale. Les autres ont fait preuve d'une intelligence vive (obs. I) ou tout au moins normale. Chez le premier malade, ne subsistaient que de petits signes d'*émotivité*, éréthisme cardiaque et tremblement. Chez les cinq autres se retrouve de façon constante la *mythomanie* avec sa vanité puérile, son besoin de soigner la présentation extérieure, de plaire, parfois des tendances revendicatrices et un penchant à charger l'entourage de ses échecs. Sur ce terrain, sont nées les fabulations du chauffeur de taxi, qui oublie sa voiture ; les manifestations excessives, théâtrales, de dilettante (de Clérambault, de l'obs. III) ; le contraste entre la tenue parfaite, la bonne conduite à Ainay, les belles promesses de l'obs. IV, et la négation immédiate de toute l'attitude, dès le lendemain de la sortie ; les aventures romanesques du détective amateur et escroc (obs. VI) ; les histoires de crises, de méningite modifiant le caractère chez André (obs. V), ses prétentions hautaines d'horticulteur spécialisé. Peut-on, chez ce dernier malade, ainsi que chez les autres délinquants, parler de perversion ? Il faut faire, de même que pour l'instabilité, la part des circonstances sociales où ces sujets se sont trouvés.

*Les circonstances sociales et la phase de désarroi.* — Chez tous ces sujets, on relève l'inexistence ou le relâchement des liens familiaux : un orphelin de père et de mère, un orphelin de père avec mère internée, lui-même séparé de sa femme, un fils naturel isolé, un enfant assisté qui a perdu des parents nourriciers attachés à lui. Le seul qui corresponde avec sa mère, elle-même revendicatrice et mythomane, n'en reçoit que des directives fâcheuses.

Dans ces conjonctures familiales désastreuses, nos sujets, déjà mis en état d'infériorité par leur déséquilibre, ont été des victimes toutes désignées pour les difficultés actuelles de la vie. Pour les déséquilibrés frustes, qui ont pu franchir sans anicroche le cap du service militaire, on serait tenté de décrire une *phase critique post-régimentaire* (obs. I) : le service militaire amène une rupture dans la vie du jeune homme, la nécessité de retrouver une profession, parfois une crise psychologique. Pour eux, d'ailleurs, tout comme pour les exemptés de service, se produit une prise de contact inévitable avec la vie réelle, le passage de l'adolescence à l'état adulte.

La crise économique, depuis 1932, a rendu cette période particulièrement angoissante, les plus tarés, les premiers, devaient y succomber. A cet âge, où toute espérance est ouverte, les échecs répétés amènent une usure de l'effort, acculent les jeunes gens à une situation sans issue. Ils sont, suivant leurs expressions, « tout à fait désorientés, désemparés, plongés dans le désarroi ». L'oisiveté du chômage ajoute à l'inquiétude l'action néfaste du désœuvrement, dont M. Courbon a bien étudié les incidences hypocondriaques chez des sujets d'un âge plus avancé.

La période de désarroi peut durer de un à deux ans, pendant lesquels l'instabilité et l'inquiétude réalisent un enfoncement progressif de l'individu. On voit apparaître la phase des expédients, de caractère souvent délictueux ; en dernier lieu, les réactions psychopathiques atypiques, bizarres, insolites, avant tout puériles, sur lesquelles nous avons insisté. Pourrait-on, en face d'elles, songer à la simulation ? Nous ne le pensons pas. Elles ne révèlent qu'à un examen très superficiel un caractère utilitaire. L'hystérie, anomalie relative et conditionnelle (Dide), reprend ici sa place, dans un nouveau chaînon de l'évolution humaine. Les tentatives de suicide, les crises névropathiques ne sont en somme que des manifestations symboliques de l'adolescent qui concrétise son recul devant la vie de l'adulte inaccessible pour lui. L'Hôpital — c'est un fait curieux — n'apporte à aucun de ces apparents « petits mentaux » la sédation nécessaire ;

c'est qu'ils sont de grands blessés de la lutte sociale : seuls, les murs de l'Asile font naître en eux le sentiment de sécurité, la reprise très prochaine de la lutte, tous nous l'ont dit, leur paraît fatalement vouée à de nouveaux échecs. Puis, dans le milieu familial neutre des Colonies, ces sujets sentent naître l'espoir. Le pronostic lointain demeure conditionné par le degré de leur déséquilibre.

M. CODET. — J'ai été très heureux d'entendre M. Vié, à la fin de sa présentation, prononcer le mot, que j'attendais, d'hystérie, à propos des faits décrits. En effet, je trouve que l'on y observe les traits essentiels de la mentalité hystérique : utilisation de troubles imaginaires ou très réels, pour obtenir, plus ou moins inconsciemment, un avantage d'intérêt, d'apitoiement ou de mise en vedette. Et ceci, chez des sujets qui se sentent en état d'infériorité sociale, incapables d'obtenir ce qu'ils désirent par le travail, l'intelligence ou la volonté. On peut constater ici le bénéfice de la maladie.

Cette notion se trouve confirmée par leur guérison relativement facile en colonie agricole. Pour les malades aisés, dans leur famille ou en maison de santé, pour ceux même qui sont traités à l'hôpital, le symptôme hystérique conserve ses avantages de mise en vedette du malade qui a un public. Dans le milieu asilaire, au contraire, l'hystérique perçoit vite qu'il n'est pas intéressant et ne fait pas grande difficulté pour renoncer à ses troubles démonstratifs, surtout dès que le malaise réel (épisode dépressif, choc émotionnel, anxiété de la subsistance, etc.) s'est effacé.

Bien entendu, dans ces cas, on ne saurait parler de guérison de l'hystérie. Ces sujets étaient arrivés à l'âge adulte sans accident antérieur. Leur avenir dépend de ce que la vie leur réservera comme difficultés, selon qu'elles dépasseront ou non leur limite individuelle de tolérance.

M. Th. SIMON. — Je crois qu'en effet, on ne guérit pas de tels sujets.

M. GOURIOU. — Pendant le séjour de telles malades dans mon service, je pratique à leur égard la psychothérapie par la douche écossaise usant tantôt de douceur, tantôt de rigueur, pour les réadapter aux conditions changeantes et souvent dures de la vie.

M. H. BARUK. — L'hôpital et l'asile agissent par le repos matériel et par l'isolement qui est un repos moral. Et cela est efficace

parce que les hystériques sont des fatigués qui ont besoin de réparer leurs forces.

M. René CHARPENTIER. — L'internement de ces sujets peut cependant présenter aussi des inconvénients — et d'abord leur éducation pathologique au contact d'états morbides qu'ils ne connaissent pas encore.

D'autre part, dans la catégorie de sujets dont vient de parler M. Vié, certains sont seulement des déséquilibrés paresseux et amoureux. L'internement risque de créer pour eux dans l'avenir des chances d'impunité et de faciliter ainsi des actes délictueux. Il est nécessaire d'y songer avant de recourir à leur internement.

**Folie d'opposition chez un ancien catatonique traumatisé crânien et tabétique. Contribution à l'étude des attitudes d'opposition pseudo-volontaires par dissociation psychique et psycho-motrice. Leurs mécanismes psycho-physiologiques. Indications thérapeutiques, par MM. H. BARUK, CHENEVEAU et ALLIEZ.**

Dans des études précédentes sur le négativisme, l'un de nous (1) a montré qu'à côté du négativisme plus ou moins inconscient et automatique qui accompagne notamment certains états de stupeur catatonique, il existe chez l'homme un autre négativisme, accompagné parfois d'un assez riche contenu psychologique et en rapport avec des idées délirantes d'opposition et il considérait qu'il n'y avait pas là deux types différents de maladies, mais bien une seule maladie à deux stades différents. Dans un premier stade, on observe un état de stupeur, l'esprit du malade paraît à peu près vide de contenu psychologique et on note un négativisme quasi-automatique, ne laissant que peu ou pas de traces dans la mémoire ; dans un deuxième stade, des fragments de rêve apparaissant dans la conscience moins inhibée, s'organisent en un délire qui s'intrique avec le négativisme et quelquefois le commandent. Peu à peu, lorsque l'évolution est favorable, le délire s'estompe et le négativisme disparaît en même temps que le délire.

Ces deux stades apparaissent parfois d'une façon frappante, et

(1) H. BARUK. — L'état mental au cours de l'accès catatonique. Rôle de l'onirisme et des idées fixes post-oniriques dans le négativisme, les délires et les hallucinations des catatoniques. Faux aspect de simulation. Etiologie toxique. *Ann. médico-psych.*, mars 1934.



l'un de nous les a observés notamment dans la catatonie colibacillaire (1) ; mais ils se retrouvent au cours des catatonies d'étiologie les plus variées. Nous venons d'en observer un cas, que nous rapportons ci-après :

B. G. est un homme âgé aujourd'hui de 46 ans. Il nous raconte lui-même son histoire et un contrôle pratiqué à l'aide des renseignements fournis par sa famille, et de documents certains que nous possédons, montre en même temps que la parfaite sincérité du malade, une remarquable conservation des souvenirs.

Il est donc né le 3 janvier 1890, à Paris. Son enfance ne présente rien qui ait retenu l'attention et spécialement aucune maladie. Il fait des études secondaires, mais ne passe pas son baccalauréat. Vers 18 ans, il séjourne un an en Angleterre puis revient en France et travaille comme mètreur vérificateur.

« J'avais, dit-il, une existence régulière, mais vers l'âge de 18 ans, « à la suite d'un chagrin intime, j'ai contracté une certaine tristesse. « J'ai ressenti un grand découragement et je me suis engagé pour « 3 ans au 7<sup>e</sup> chasseurs à cheval, 1909-1912. En 1911, j'ai reçu un coup « de pied de cheval sur la tête, j'ai perdu connaissance pendant « 5 minutes et suis resté 8 jours à l'Infirmerie.

« J'avais de belles idées, j'ai vu que celui qui veut arriver doit travailler. Aussi, levé dès quatre heures du matin, je ne me couchais « qu'à onze heures du soir et j'allais au cours le dimanche. A tel « point que mon père trouvant que je travaillais trop m'engagea à sortir tous les samedis soirs. Je le fis et m'en trouvais bien. »

Au retour du régiment, il reprend donc son métier de mètreur vérificateur et semble avoir été apprécié par ses patrons, mais étant « très susceptible », il ne tolère aucune remarque désobligeante et il change souvent d'employeur. Il reste toujours triste.

« J'aimais beaucoup la solitude où je travaillais beaucoup et je me « passionnais pour mon métier ; quand je travaillais je n'avais plus « de tristesse. Aussi j'aimais ma solitude, mon travail et ma religion. »

« J'étais bien portant, si on entend par là : faire son travail, « manger, dormir et se comporter comme tout le monde. »

Il se marie à 24 ans, en 1914 ; « mais, dit-il, ma femme était très « autoritaire. Nous avions de fréquentes discussions et nous étions « en désaccord ». B. G. insiste d'ailleurs sur son autoritarisme et sa susceptibilité. « J'avais beaucoup de volonté. Depuis que j'étais nour-  
« risson j'étais têtu et on a dû m'envoyer en nourrice. Avec les miens « plus tard, j'étais docile, mais dès que j'étais sorti de chez moi, je « retrouvais ma volonté de fer. »

« Au régiment j'avais été habillé de façon épouvantable. Je l'ai

(1) H. BARUK. — Stupeur catatonique par pyélonéphrite colibacillaire. *Ann. médico-psychol.*, n° 5, mai 1934.

« écrit à mon père qui m'a fait faire un uniforme en drap de sous-officier. J'ai obtenu l'autorisation de le porter et je l'ai toujours conservé. » (Le fait est exact et B. G. a, dans son paquetage de l'asile, la tenue en question).

La mobilisation vint séparer un ménage qui ne demandait qu'à se désunir. Sa femme partit chez ses parents et lui à la guerre. Le divorce sera prononcé aux torts réciproques en 1921.

« J'ai fait mon service, mais toujours en proie à la tristesse. Je trouvais toujours des endroits pour m'isoler. J'ai cherché les causes de ma tristesse et j'ai voulu me rendre gai. J'ai bien regardé mon état mental et mon état physique, je n'ai trouvé aucune cause à cette tristesse. Je me décidai donc à être gai et j'ai été gai, mais j'ai été en butte à quelques sourires et j'ai été repris par ma tristesse. »

Il était à ce moment dans le train des équipages et il fait une demande pour passer dans l'infanterie. Mais son frère ayant été tué à la guerre et son père le priant instamment de rester dans le train des équipages, il obéit et retire sa demande. Il avoue à cette époque avoir contracté une maladie qu'il appelle blennorrhagie.

En 1916, il est hospitalisé à Amiens pour « dépression psychique ». Il part en convalescence et au cours d'une visite médicale pour obtenir une prolongation de congé il est hospitalisé au Val-de-Grâce où il entre le 9 décembre 1916.

Depuis cette date il est resté toujours en traitement à l'hôpital ou à l'asile.

Si nous faisons le bilan des signes notés jusqu'à cette époque, nous trouvons :

a) Au point de vue somatique :

Rien jusqu'à 21 ans.

A 21 ans, traumatisme crânien avec perte de connaissance de cinq minutes et qui aurait laissé subsister encore en 1915 « une espèce de dépôt sanguin au sommet de la tête ».

A 26 ans, une maladie vénérienne mal déterminée.

b) Au point de vue mental :

Une intelligence normale avec une mémoire excellente, des associations d'idées justes, une imagination sans doute un peu vagabonde et un jugement peut-être un peu trop rigoriste, une sensibilité exagérée avec tendance à l'isolement, susceptibilité vive et tristesse immotivée.

Une volonté que le malade qualifie « de fer » mais qui paraît plutôt avoir déjà pris la forme de l'entêtement.

Une activité cyclique : périodes d'excitation et périodes de repos avec repli sur soi-même, auto-examen et vis-à-vis des autres : vanité et méfiance.

Dans les antécédents familiaux nous relevons : un père, probablement excité constitutionnel ; « quand il dormait cinq heures par

nuit, c'était tout », une mère soignée en 1906 par Déjerine, un frère tué à la guerre, mais qui était un déséquilibré, une sœur morte de méningite à 27 mois, et une autre sœur encore actuellement vivante et normale.

Grâce à l'obligeance de M. le Professeur Fribourg-Blanc, nous avons pu prendre connaissance de l'observation de B. G. lors de son séjour au Val-de-Grâce en 1916.

M. le Docteur Briand qui l'examine à ce moment note : dépression mélancolique, idées d'indignité, douleur morale, besoin d'isolement, délire d'attente. Pas de préoccupations hypocondriaques, ni d'idées d'incurabilité. Idées secondaires de persécution. Dépression constitutionnelle. Cyclothymie. Deux accès antérieurs de dépression semblable. Appoint éthylique. Hérédité chargée.

B. G. est évacué à Maison-Blanche pour « éviter si possible l'internement ». Là, il devient agité et ses idées de persécution s'accroissent : « Tout l'asile semblait contre moi. Je me suis mis en colère et j'ai cassé quatre carreaux. »

Huit jours après il est interné à Ville-Evrard, où il restera jusqu'en juillet 1922, c'est-à-dire 5 ans et 6 mois. Il présente alors des périodes de grande agitation alternant avec des périodes d'accalmie. Il en conserve le souvenir et cherche même à les expliquer : « A Ville-Evrard on a continué à me tourmenter pendant 18 mois. On n'était pas gentil, l'atmosphère n'était pas sympathique. Un Médecin-Major du Ministère est venu me voir ; il a parlé au Médecin-Chef et M. Rogues de Fursac qui était sec au début est devenu plus aimable. Je me suis mis à dessiner et M. Rogues de Fursac me félicitait de mes dessins. Mais un jour il est parti et son successeur s'est mis à me tourmenter. Il me menaçait de me faire des tourments si je mangeais. Alors je n'ai plus mangé. »

Effectivement, pendant un an, il dut être nourri à la sonde. Il est transféré à St-Maurice en 1922. Le D<sup>r</sup> Rodiet mentionne : « Idées de persécution et de culpabilité avec hallucinations multiples, écho de la pensée, hallucinations psychiques, anxiété et agitation épisodique. »

Au certificat de quinzaine, le D<sup>r</sup> Mignot note : « Stupeur avec mutisme, négativisme, impulsions, refus des aliments. »

Au même moment, il déclare à sa sœur « qu'on lui prend ses pensées, qu'on lui abîme le cerveau, qu'il faut qu'il ne mange pas parce que cela lui ferait du mal s'il mangeait et que cela attirerait du mal sur sa sœur et sur sa mère. Je suis abruti de ce qu'on me fait souffrir ». Il était las et écoutait sa sœur sans interroger.

En janvier 1923, il devient agressif et se plaint des mauvais traitements qu'on lui ferait subir. Il accuse son médecin de lui avoir fait des menaces sur sa nourriture : « Il m'a fait la sonde sous menace ! » Il écrit au Président de la République une lettre où il expose ses griefs après les avoir longuement établis dans de nombreux essais.

En mars 1923, nouvelle période de mutisme et de refus d'aliments nécessitant la reprise de la sonde.

Le 8 avril 1923, au moment où on allait lui passer la sonde, il se lève et dit d'un ton irrité : « Je vais voir le Médecin-Chef » et il se plaint d'être placé à côté de malades bruyants alors qu'on ne lui dit jamais un mot : « C'est par malveillance qu'on me fait cela. » Il exige qu'on le change de cellule. « J'ai le droit de ne pas être ennuyé ». Après cet éclair d'agitation revendicatrice, il se recouche tranquillement, se laisse passer la sonde sans protester et retombe dans son mutisme, ne répondant plus jamais aux questions qu'on lui pose.

De tout ceci B. G. se souvient très bien « à ce point, nous dit-il maintenant, que je ferai un procès à l'asile, où vous serez engagé. C'est le médecin qui a commencé qui aura la plus grosse part, mais je vous le dis tout de suite, car je veux être loyal avec vous et le procès se terminera par un jugement. »

Depuis 1923, ce même état de mutisme, de refus d'aliments et de négativisme persiste. Le malade ne mange spontanément que de loin en loin. Il est contracté, raidi, souvent dans une attitude en flexion.

En février 1932, nouvelle sortie brusque de l'état de mutisme. Il fait à l'un de nous une déclaration qui a été rapportée dans une étude précédente (1) et dont nous retenons seulement ces phrases : « Si je mangeais cela ferait du tort aux miens. Je préfère mourir aller dans la tombe, plutôt que de prendre un morceau de pain. Il y a des choses qu'un honnête homme ne fait pas. Mon honnêteté m'empêche de manger. C'est une question de conscience. Je ne mange pas parce que je suis ici et que je ne travaille pas. Si je travaillais, je mangerais normalement. »

Notons en passant qu'il donne là une explication tout à fait nouvelle de son refus d'aliments.

Pour expliquer sa « neurasthénie », il parle de pensées, « qui étaient tout à fait involontaires » et déclare « après cela » (cela, c'est son service militaire) « c'est une autre folie. C'est une pensée qui me dit qu'il ne faut pas manger ». « Ma conscience me dit de ne pas manger, c'est volontaire, mais les pensées que j'ai ici sont involontaires, j'entends faire mon devoir d'une façon parfaite ».

Le 11 octobre 1932, B. G. sort spontanément du mutisme dans lequel il était retombé. Il donne une nouvelle explication de son refus d'aliments. On l'aurait menacé de choses terribles s'il mangeait et il avait obéi « pour qu'on ne puisse pas lui dire de choses vilaines » ; mais le sacrifice a assez duré. Il va manger, puis brusquement il annonce qu'il ne dira plus rien, et effectivement retombe dans son mutisme et le refus d'aliments.

En juillet 1933, le mutisme est complet. Le malade ne répond même plus par des signes de tête, mais présente de petits mouve-

(1) H. BARUK. — *Loco citato*.

ments incessants des muscles du front : contractions alternativement à droite et à gauche du frontal, d'une façon dissociée, impossible à réaliser à l'état normal. On essaie de lui mettre un porteplume à la main, il met sa main en hyperextension, puis aussitôt qu'elle est libre la ramène sous ses draps.

Depuis quelques mois l'état mental de B. G. s'est beaucoup amélioré. B. G. reste toujours alité, nous verrons pourquoi plus loin. Il est toujours très susceptible, mais il semble avoir repris confiance en son médecin ; il répond correctement aux questions qu'on lui pose et exécute aimablement les mouvements qu'on lui demande. Seul persiste, non pas le refus d'aliments, mais le refus d'une alimentation normale.

« Je reviens absolument avec mes pensées ordinaires », nous déclare-t-il en octobre 1935, « mes peurs se dissipent. La crainte morale imaginaire qui me tourmentait a disparu. C'était une crainte religieuse. Je suis très religieux. J'avais la crainte d'offenser Dieu. Je me rends compte que c'était un scrupule qui n'existait pas et qui n'a jamais existé. Il me semblait que mes pensées n'étaient pas d'accord avec ma conscience. Ces pensées étaient le résultat d'une anémie cérébrale. Je ne mangeais pas assez. Chateaubriand lorsqu'il était en Angleterre ne mangeait pas assez, avait comme ça, le matin, des idées anormales. La faim amène un peu des hallucinations. C'était une sorte d'obsession. Cette année il y a un progrès énorme. Certainement que d'ici un temps très court, ça ira tout à fait bien. J'ai une mémoire extraordinaire de tout ce qui s'est passé. Je me souviens de toutes les réflexions que j'entendais. »

— Était-ce votre pensée à vous ?

— Pas précisément. J'aurais été autre part qu'ici, je n'aurais pas eu ces pensées parce qu'elles sont contraires à mon esprit. Je passe mes journées à penser. Je fais des rêves. J'imagine que je réussirai. Je me contente de ce que j'ai. Je vis dans mes rêves la vie que je désirerais vivre en réalité.

— Comment vous trouvez-vous ici ?

— J'aimerais mieux être ailleurs. Le temps me semble long. Ma famille serait heureuse que je sois près d'elle.

— Pourquoi continuez-vous à ne pas vous nourrir normalement ?

— Chacun a son secret... Aide-toi, le ciel t'aidera. On m'a passé 10.000 fois la sonde, maintenant je marche vers les 20.000 ! J'attendrai d'être revenu chez moi. Comme je reviens à mon état antérieur avec les sondes, je ne vois pas pourquoi changer !

— Vous menace-t-on encore ?

— Tant que je serai ici, je ne serai jamais tranquille. Je ne me croirai en sécurité que quand je serai chez moi. C'est un souvenir malheureux mais que je garderai. Il y a des choses qui ne passeront pas du côté de mon cœur. Ma décision est prise : sondes, tant que je serai ici, parce que M. D. m'a menacé. Je suis un peu entêté ; on m'a



menacé des sondes, je les garderai jusqu'au bout. Il y a trop longtemps que ça dure pour que ça cesse.

— Mais si on vous menaçait de ne plus vous donner la sonde, que feriez-vous ?

— Je n'en sais rien ! Je sais qu'au régiment je suis resté longtemps sans rien prendre. »

L'intérêt présenté par ce malade est encore accru par la coexistence d'un syndrome neurologique.

Depuis 1929, le malade était alité. Il a eu quelques céphalées surtout localisées à gauche et un peu à droite, aux tempes ; il n'a jamais eu de douleurs gastriques, mais déclare au contraire avoir toujours eu un estomac d'autruche, et on assista à l'évolution progressive d'un tabès.

En 1932, les réflexes rotuliens étaient complètement abolis.

Actuellement l'état physique est le suivant :

Station debout est possible mais marche difficile. Lancement des pieds en avant, talonnage — marche tabétique — acrocyanose orthostatique — signe de Romberg positif.

*Face* : Contractions du frontal et de l'orbiculaire des lèvres. Immobilité du regard. Pas de paralysie faciale. Mouvements des yeux normaux. Réflexes photomoteur et accommodateur normaux. Convergence bonne. Voix monotone. Aucun trouble notable du côté de l'odorat, du goût et de la vue, sauf que le malade déclare avoir vu à certains moments les objets colorés en rose. Jamais de diplopie.

*Membres inférieurs* : Exécution normale des ordres, force segmentaire excellente, mais impossibilité de tenir les jambes soulevées au-dessus du plan du lit. Hypotonie considérable : le talon est facilement porté au contact de la fesse et le genou à celui du menton. Ballotement des pieds. Dismétrie dans le mouvement du talon au genou. Tendance à l'équinisme. Réflexes tendineux achilléens et rotuliens abolis. Réflexe cutané plantaire aboli. Légère douleur à la pression forte des masses musculaires du mollet et à celle du tendon d'Achille.

Confusion de la piqure et du toucher surtout marquée aux jambes et aux pieds. La piqure est mieux perçue que le contact.

Perte de la sensibilité fine au frôlement dans les 2/3 inférieurs des deux jambes (anesthésie en bottes).

Perte de la notion de position du gros orteil dans les mouvements passivement provoqués.

Sensibilité à la chaleur conservée.

*Membres supérieurs* : Force segmentaire assez bonne. Réflexe tricipital et bicipital modérés.

Ni atrophie musculaire, ni hypotonie, ni disymétrie, ni adiadococynésie.

*Tronc* : Dermographisme. Réflexes cutanés abdominaux normaux. Réflexes crémastériens nuls. Sensibilité normale à la pression des testicules.

*Examen des divers appareils :*

Digestif : normal. Foie normal à la percussion et à la palpation. Selles régulières.

Rate non percevable.

Cœur : souffle à la fin du 1<sup>er</sup> bruit.

P. : 88.

Tension au Vaquez : 6-11.

Poumons : respiration courte et superficielle sans signe stéthacoustique.

Appareil urinaire normal : mictions normales.

*Examens spéciaux :*

Sang : Bordet-Wassermann négatif le 20 septembre 1927.

Liquide céphalo-rachidien : albumine : 0,70; globulines: Pandy 6; Weichbrodt 0; leucocytes : 0,2; Meinicke : négatif; Bordet-Wassermann : négatif (10 juillet 1933).

En somme, il s'agit d'un malade à hérédité névropathique chargée, avec tendance à l'isolement, à l'introspection, à la tristesse et aux sentiments affectifs profonds, ayant eu au cours de son service militaire un traumatisme cranien assez léger, une affection vénérienne mal définie, et qui à la suite des fatigues de la guerre a présenté depuis l'âge de 25 ans un état morbide caractérisé par :

1° Au début, un syndrome dépressif marqué, traité en formation hospitalière, mais qui ultérieurement fut accompagné de quelques réactions violentes, nécessitant l'internement, au cours duquel se développa un syndrome catatonique ayant duré de longues années.

Un délire d'opposition avec refus d'aliments, qui subsiste encore 18 ans après le début de la maladie.

Des longues périodes de mutisme presque absolu.

2° Un syndrome neurologique de la série tabétique.

Tous ces troubles ont évolué vers une amélioration; notamment le syndrome catatonique et le mutisme ont disparu, le malade ayant recouvré une grande partie de son intelligence; enfin, les sentiments affectifs sont conservés avec persistance d'un trouble de la volonté, orienté seulement vers le refus du mode normal d'alimentation.

L'évolution de ce syndrome est intéressante à plus d'un titre.

Le malade, pendant plus de quinze ans, a été considéré comme un dément précoce : début à allure schizophrénique, périodes dépressives avec tendance à l'isolement, à l'auto-observation, doute, tristesse, coupure progressive chez un sujet à fond constitutionnel pseudo-paranoïaque : orgueilleux, rigide psychique-

ment, opiniâtre, avec des jugements paralogiques ; après un traumatisme crânien, après les émotions et fatigues de la guerre, déclenchement d'une période dépressive plus marquée, avec crises d'agitation, puis état de stupeur catatonique avec mutisme, refus d'aliments, idées de persécution.

Et à ces symptômes s'ajoutait une hérédité assez chargée : père excité constitutionnel, mère traitée par Déjerine, frère déséquilibré, une jeune sœur morte de méningite.

Il n'en fallait pas davantage pour faire poser un diagnostic de démence précoce, et ce fut la conclusion des médecins très distingués qui virent alors le malade.

C'est seulement l'évolution qui, en faisant apparaître des périodes de calme, des rémissions et même une amélioration progressive très nette, a permis de sonder l'état mental de notre sujet et de rechercher les causes de ces troubles, tant psychiques que somatiques. Or, ces troubles apparaissent surtout comme liés à une perturbation de la volonté.

En quoi consiste cette perturbation de la volonté ?

On pourrait croire au premier abord qu'il s'agit simplement d'une attitude systématique d'opposition prise par le malade, d'un simple trouble de caractère, en un mot d'une sorte de mauvaise volonté à l'égard de son entourage. On pourrait, en faveur de cette manière de voir, rappeler que le malade a toujours présenté, même tout jeune, une tendance à l'entêtement, à la résistance, qu'il avait, suivant sa propre expression, une « volonté de fer ». En rapprochant ces divers éléments, il semblerait tentant de considérer le syndrome actuel comme la simple exagération des tendances constitutionnelles.

Malgré sa logique apparente, une telle interprétation ne nous paraît pas exacte, elle ne cadre ni avec l'étude psychologique un peu plus approfondie du malade, ni avec les données de l'examen neurologique.

Au point de vue psychologique, l'aspect volontaire des troubles n'est qu'une apparence. Cette opposition du malade, ce négativisme qu'il a présenté autrefois, ce refus d'aliments encore persistant n'est pas l'effet d'une décision consciente et librement concertés ; mais il s'agit là d'une *attitude imposée au malade malgré lui*. Il se sent obligé, comme par un commandement, ou comme par une obligation morale, de refuser de s'alimenter et de se faire passer des sondes. Le malade doit lutter pour suivre cette obligation ; parfois même poussé par la faim, il se laisse aller à manger, mais bientôt le remords survient, et de nouveau il doit s'imposer de « suivre son devoir », c'est-à-dire de refuser de nouveau la nourriture.

Il s'agit donc là non d'une manifestation volontaire vraie représentant la synthèse de la personnalité, mais d'une pseudo-volonté morbide, traduisant une véritable dissociation psychique, ou plus exactement une sorte de *dédoublement de la personnalité*. Le malade a d'ailleurs relativement conscience de la nature de ces troubles : il lui semble, dit-il ; que ses pensées ne sont pas d'accord avec sa conscience, et cette phrase qu'il nous a dite est vraiment caractéristique : « Ma conscience me dit de ne pas manger, c'est volontaire, mais les pensées que j'ai ici sont involontaires, j'entends faire mon devoir d'une façon parfaite ».

On saisit ici, sur le vif, les réactions réciproques des deux parties de la personnalité, d'une part ce qui reste de conscience normale, d'autre part la poussée d'éléments involontaires, plus ou moins incœrcibles. Il n'y a donc pas d'exagération de la volonté dans un sens déterminé, mais au contraire affaiblissement des fonctions volontaires vraies, avec dislocation de l'unité psychique, de la synthèse. L'entêtement et l'opposition sont un signe ici de faiblesse et de dissociation psychique.

Cette dissociation apparaît d'ailleurs non seulement dans le comportement psychique, mais encore dans l'état musculaire. L'attitude du visage et de la mimique de ce malade est, à ce point de vue, du plus haut intérêt. Au repos, son visage est souvent immobile, peu vivant, peu expressif. Lorsqu'on lui parle, et qu'il s'anime pour répondre, on est frappé d'une *véritable asynergie des muscles frontaux* d'un côté à l'autre, qui se contractent séparément. Il y a là une *véritable dissociation motrice* qu'il est impossible de réaliser volontairement, et qui traduit un manque d'unité et de coordination dans l'influx moteur volontaire. nous avons observé à plusieurs reprises ce signe de la mimique dans les états schizophréniques.

Tous ces troubles ne s'expliquent pas seulement par un facteur constitutionnel. Certes, le malade a des antécédents assez chargés. Il présentait peut-être, comme le montre son caractère antérieur, une certaine difficulté d'adaptation, une certaine fragilité des fonctions volontaires, qui explique non seulement son entêtement habituel, mais aussi la sorte de tutelle exercée sur lui par son père. Mais, ces données ne constituent que des éléments prédisposants. Le passage de l'activité psychique normale à l'activité dissociée a pu être en grande partie conditionnée, par deux grands facteurs acquis : d'une part le traumatisme cranien, d'autre part une toxi-infection du système nerveux aboutissant au tabès.

Le rôle des *traumatismes crâniens* dans la genèse des troubles psycho-moteurs du type négativisme, catalepsie ou catatonie apparaît beaucoup plus important qu'on ne pourrait le croire. L'un de nous avec Claude et Lhermitte (1), en a rapporté des exemples en insistant notamment sur les atteintes cellulaires abiotrophiques diffuses (encéphalose) que l'on peut parfois observer en pareil cas. Ces traumatismes agissent d'autant plus, semble-t-il, qu'ils constituent un ébranlement diffus : une lésion localisée est parfois moins lourde de conséquences dans ce domaine qu'une simple commotion cérébrale. Nous avons été frappés en outre chez les nombreux anciens traumatisés crâniens que nous pouvons observer à la Maison Nationale de St-Maurice, de la fréquence de petits syndromes dissociatifs à forme de négativisme, ou d'opposition parfois intense et généralisée. Il en était de même chez un curieux malade également ancien commotionné que l'un de nous a pu étudier avec Ellenberger, d'abord dans le service du D<sup>r</sup> Crouzon à la Salpêtrière, ensuite dans le service du Prof. Claude à Sainte-Anne. L'observation de ce malade a été publiée *in extenso* dans la thèse de notre élève Ellenberger (2), et a été commentée dans un travail de Claude et Corman (3).

Ce malade présentait également un tableau d'opposition avec une surdité psychique si étrange qu'il avait été considéré par divers médecins comme un simulateur. Lui-même avouait qu'il réalisait son attitude, qu'il faisait le sourd, mais il ajoutait qu'il réalisait tout cela *par ordre malgré lui* sous l'empire d'une force qui le poussait, et à laquelle il devait envers et contre tout obéir « comme un soldat qui a reçu une consigne ». Or, les examens spéciaux que l'un de nous avait pu poursuivre avec divers spécialistes chez ce malade lui avaient montré des perturbations physiologiques importantes : troubles des réactions vestibulaires (D<sup>r</sup> Aubry), élévation énorme de la chronaxie vestibulaire (D<sup>r</sup> Bourguignon), abolition complète du réflexe psychogalvanique (étudié avec le D<sup>r</sup> Lahy). Il ne s'agissait donc pas, comme plusieurs médecins l'avaient cru au début, d'une action volontaire vraie, mais là aussi d'une attitude morbide imposée

(1) H. CLAUDE, J. LHERMITTE et H. BARUK. — Syndrome catatonique avec négativisme unilatéral, aphasie, troubles pseudo-bulbaires, perturbation de la circulation et de la nutrition générale par encéphalose diffuse. *Encéphale*, n° 3, 1932.

(2) ELLENBERGER. — Le syndrome psychologique de la catatonie. Thèse, Paris, 1933.

(3) CLAUDE et CORMAN. — Syndrome catatonique atypique avec sursimulation chez un délirant chronique. *Ann. médico-psychol.*, nov, 1933, p. 492.



par dissociation psychique. D'ailleurs l'évolution a bien confirmé cette dernière interprétation : le malade a présenté ensuite les signes d'une véritable psychose paranoïde.

Le rôle des traumatismes crâniens est encore renforcé quand il se combine à des facteurs toxiques ou toxi-infectieux : chez plusieurs de nos malades (notamment dans le cas anatomoclinique étudié par l'un de nous avec Claude et Lhermitte), il s'agissait de traumatismes associés à l'éthylisme, d'autrefois à des intoxications digestives. Dans l'observation que nous venons de rapporter, il semble probable qu'il existe une syphilis en cause, puisque nous trouvons des signes très accentués d'ataxie tabétique. Notons toutefois que la réaction de Wassermann reste négative, et que l'on constate une importante dissociation albumino-cytologique dans le liquide céphalo-rachidien. Cependant, nous n'avons jamais pu mettre en évidence des signes d'hypertension intra-cranienne : tous les examens de fond d'œil sont restés négatifs. De même, nous n'avons retrouvé aucun signe hémato-logique susceptible d'expliquer une atteinte médullaire, ou des cordons postérieurs (pas d'anémie, etc...). Il semble donc bien qu'il s'agisse d'un tabès.

Au point de vue thérapeutique, nous avons institué chez ce malade un traitement spécifique. Mais il faut noter que, même avant l'institution de ce traitement, son état a présenté une amélioration notable. Cette amélioration a coïncidé d'une façon remarquable avec le début de notre action *psychothérapique*. Autrefois, ce malade était vigoureusement hostile, renfrogné dans le mutisme et dans l'hostilité la plus systématique. Son attitude a commencé de se modifier à partir du jour où nous nous sommes occupés de lui en médecin : les examens neurologiques, les efforts de rééducation de sa marche, ont eu, à notre avis, incontestablement une action heureuse sur son état mental : le malade a eu l'impression d'être *considéré comme un malade ordinaire*, et non comme un homme qui se trompe. Nous l'avons ensuite changé de division, installé dans une salle plus claire, plus confortable, entouré de soins hygiéniques d'infirmières attentives et dévouées : de nouveaux progrès très sensibles ont immédiatement suivi ce changement, le malade est devenu plus ouvert, cause longuement, est plus en confiance, et enfin, fait capital, commence maintenant de lui-même à reconnaître que « son cerveau est malade » et qu'il a besoin de se soigner. Il lui reste encore toutefois le refus d'aliments.

Ces données thérapeutiques doivent être tout spécialement soulignées : on oppose trop souvent maladies organiques et mala-

dies psychiques. On oublie que les malades cérébraux sont excessivement sensibles, et que les conditions affectives, une psychothérapie bien adaptée, peuvent améliorer considérablement leur état.

Il faut donc combiner ce traitement psychothérapique et le traitement étiologique, et ne jamais désespérer d'amélioration parfois même de guérisons tardives et insoupçonnées. Mais le maniement de cette psychothérapie est extrêmement délicat : il faut d'abord tenir grand compte des *stades* successifs de tels syndromes. Au début, dans la période active de la maladie, au stade d'éréthisme, il est souvent préférable de laisser le malade tranquille. Les efforts, même la sollicitude affectueuse peuvent parfois à ce stade aggraver les réactions d'opposition. Il faut savoir attendre, mais en évitant toute parole malencontreuse, toute réflexion blessante, critique, ou ironique, qui peut parfois laisser dans l'esprit du malade des blessures profondes et tenaces. C'est plus tard, lorsque l'effervescence psychique commence à se calmer que l'intervention douce et charitable du médecin peut avoir les plus heureux effets. Il faut toutefois tenir compte également chez notre malade, en ce qui concerne l'amélioration constatée, des interr réactions du syndrome tabétique et du syndrome mental, ce dernier ayant semblé s'améliorer au moment de la constitution des signes les plus accusés d'atteintes des cordons postérieurs. Nous nous bornerons à signaler cette sorte de balancement psycho-organique.

La séance est levée à 18 h. 45.

*Le Secrétaire des séances,*

P. CARRETTE.

---

# SOCIÉTÉS

---

## Société de Neurologie de Paris

---

*Séance du Jeudi 2 Avril 1936*

---

**Présidence : M. TINEL, président**

---

**Forme acroparesthésique de la syringomyélie,**  
par MM. J. LHERMITTE, BIJON et NEMOURS-AUGUSTE.

Il s'agit d'un nouvel exemple de cette forme de syringomyélie que MM. Lhermitte et Nemours ont décrite et qui est caractérisée par l'apparition précoce et presque exclusive de perturbations de la sensibilité subjective : engourdissement, fourmillements des mains, et même sensations intolérables survenant dans la deuxième moitié de la nuit. Ces perturbations sont accompagnées de modifications vaso-motrices des extrémités : rougeur, pâleur, refroidissement. Le mouvement des bras fait disparaître ces phénomènes.

A cette période marquée par les perturbations acroparesthésiques, l'examen objectif ne permet de relever que très peu de signes caractéristiques : pas de troubles trophiques, pas de modifications des réflexes, pas de parésie ; seule la thermoanalgésie se montre caractéristique.

Il n'y a nul doute que cette forme spéciale soit due à l'envahissement précoce et élective de la colonne sympathique intermedio-latérale de la moelle ; on en a la preuve dans l'existence de modifications objectives que font apparaître les épreuves des bains chaud et froid.

Enfin, fait à noter, de même que chez la malade présentée précédemment, par MM. Lhermitte et Nemours, la radiothérapie se montra d'emblée, d'une remarquable efficacité.

**Epilepsie extrapyramidale avec crises pseudo-émotives et polyurie paroxystique. Diagnostic avec les crises psycho-motrices hystériques,**  
par MM. BARUK et POMMEAU-DELILLE.

**Maladie osseuse de Paget. Installation progressive de signes de compression médullaire grave. Décompression opératoire avec restauration de l'état antérieur,** par MM. Cl. VINCENT, L. LANGERON, J. DEREUX et L. LEMAITRE.

Ces auteurs rapportent l'observation d'un malade atteint de maladie de Paget, chez lequel un syndrome de compression médullaire due à la malformation osseuse fit son apparition.

La laminectomie fit rétrocéder les troubles de compression. La guérison de ce malade se maintient stable et complète.

**Paraplégie pottique. Laminectomie. Ponction d'un abcès intra-rachidien. Aucune modification de l'évolution clinique. Guérison ultérieure dans les délais normaux,** par M. E. SORREL et Mme SORREL-DEJERINE.

**Syndrome constitué par l'association de polynévrite, de néphrite et de crampes,** par MM. J. DEREUX (de Lille) et J. TITECA (de Bruxelles).

Observation d'une malade qui présente l'association de trois signes : polynévrite, néphrite et crampes. MM. J. DEREUX et J. TITECA discutent l'autonomie du syndrome qui se rapproche de celui qu'ont décrit Wernicke et Wilder sous le nom de « Crampaskrankheit ».

**Le feutrage arachnoïdien postérieur dans la maladie de Friedreich et l'hérédo-ataxie cérébelleuse,** par MM. Th. ALAJOUANINE, Th. HORNET et R. ANDRÉ.

Dans ces maladies dégénératives, les lésions médullaires peuvent déterminer à la longue une réaction feutrée des méninges.

Il s'agit d'un feutrage arachnoïdien situé à la partie postérieure de la moelle, développé surtout dans la région dorsale. La lésion est due à la prolifération d'un élément anatomique préexistant, c'est le ligament postérieur de la moelle. Les images projetées, des coupes sériées de la moelle et des méninges, démontrent le rôle joué par ce ligament dans la genèse du feutrage arachnoïdien.

Il s'agit d'une réaction méningée secondaire aux lésions de la moelle et ressemble par cela aux autres arachnoïdites, publiées antérieurement par les auteurs, qui concerne des cas de syringomyélie, sclérose en plaques, poliomyélite, tabès et myélite syphilitique.

**A propos d'un cas de cysticercose cérébrale,** par MM. MONIER-VINARD et WEIL.

**L'état pénétré de l'écorce. Contribution à l'étude des troubles circulatoires localisés aux diverses couches du cortex,** par MM. ALAJOUANINE, Th. HORNET et R. THUREL.

Les auteurs apportent des documents de lésions donnant l'aspect d'état fenêtré de l'écorce. L'intérêt de cette lésion réside dans sa localisation stricte dans une des couches cellulaires du cortex, tantôt dans la 2<sup>e</sup>, tantôt dans la 3<sup>e</sup>, ou dans la 4<sup>e</sup>, ou la 6<sup>e</sup> couche. Ces lésions apparaissent au cours de troubles circulatoires du cerveau (hémorragies, ramollissements). La loca-

lisation différente, dans une couche ou dans une autre, est une preuve de l'existence de troubles circulatoires localisés aux divers réseaux des couches du cortex.

**Neuromyérite optique autonome**, par MM. HALBRON, LEVIGNE et KLOTZ.

**Sur un cas de radiculo-névrite avec hyperalbuminose du liquide céphalo-rachidien sans réaction cellulaire. Guérison complète, mais persistance de l'abolition des réflexes tendineux ; ses conséquences pour les diagnostics d'avenir**, par M. Georges GUILLAIN.

M. Georges Guillain a observé, en 1930, chez une femme de 30 ans, le syndrome de radiculo-névrite avec hyperalbuminose du liquide céphalo-rachidien sans réaction cellulaire, qu'il a décrit avec J.-A. Barré. La malade présentait des signes paralytiques prédominant aux extrémités à type polynévritique, des paresthésies, des douleurs à la pression des muscles, la démarche était ataxique, tous les réflexes tendineux étaient abolis, les réflexes cutanés normaux ; l'examen électrique montra une hypo-excitabilité galvanique et faradique aux membres supérieurs et inférieurs.

L'examen du liquide céphalo-rachidien fit reconnaître une hyper-albuminose à 2 gr. 40 sans hypereytose. La réaction de Wassermann était négative dans le sang et le liquide céphalo-rachidien. Par un traitement anti-infectieux et un traitement électrique, la guérison fut complète en quelques mois. Cette malade reprit sa vie normale, eut deux grossesses normales. Toutefois, examinée durant cinq années, on constata la persistance de l'abolition clinique de tous les réflexes tendineux qui, d'ailleurs, ne provoquait aucune gêne.

M. Guillain attire spécialement l'attention sur cette persistance de l'abolition des réflexes tendineux. En effet, que dans 10 ans ou 15 ans, cette jeune femme ait des signes d'hyperchlorhydrie, des douleurs abdominales en rapport avec une ulcération gastrique ou duodénale, des algies rhumatismales, il est certain que tout médecin, même très compétent, qui l'examinera et constatera l'abolition des réflexes tendineux, portera le diagnostic de tabès. On fera des ponctions lombaires qui seront négatives ; on pratiquera des réactions de Wassermann qui seront négatives. Malgré ces résultats, on instituera des traitements antisypilitiques, en invoquant une syphilis héréditaire, un tabès hérédito-sypilitique, on traitera peut-être aussi les enfants innocents de toute syphilis, on créera un désastre familial. C'est dans le but d'éviter de telles erreurs d'avenir que cette simple observation clinique est mentionnée.

**Méthodes spéciales de traitement de certaines maladies nerveuses et mentales**, par M. Henrique Roxo (de Rio-de-Janeiro).

M. LECONTE.



## Société de Médecine légale de France

---

*Séance du Lundi 20 Avril 1936*

---

**Présidence : M. LECLERCQ, président**

---

**Nouveau cas de délinquance répétée et identiquement renouvelée,**  
par M. E. GELMA.

L'auteur rapporte le cas d'un jeune homme de 19 ans qui avait commis, depuis deux ans, des vols répétés de linge de femme qu'il détruisait le plus souvent. Il ne s'agit pas d'actes de fétichisme. Les délits ont été commis à l'occasion d'abus de boisson et l'inculpé est incapable de dire dans quel but il dérobait ces pièces de vêtements. Ces vols répétés, identiquement exécutés, sont un exemple des faits de récidivisme stéréotypé déjà rapportés par l'auteur.

FRIBOURG-BLANC.

---

## Société Française de Psychologie

---

*Séance du Jeudi 26 Mars 1936*

---

**Présidence : M. GUILLAUME, Président**

---

**Les relations de la jalousie et de l'érotomanie,**  
par MM. Henri CLAUDE et Daniel LAGACHE.

Le problème des relations de la jalousie et de l'érotomanie est posé par leur parenté psychologique (ce sont deux déviations de la relation amoureuse normale), par leur voisinage nosographique ; par leur exclusion

réci-proque signalée par Clérambault, E. de Morsier ; par leur communauté de signification selon Freud. L'étude phénoménologique de leurs caractères généraux les oppose l'une à l'autre, l'évidence de la possession ne limite pas chez le jaloux le désir d'être aimé ; celui-ci, au contraire, ne limite pas assez chez l'érotomane le sentiment vécu de régner sur l'être dont il se croit aimé ; jalousie et érotomanie s'excluent en vertu des principes généraux : 1) on n'a pas ce que l'on désire et 2) on ne désire pas ce que l'on a. Les faits cliniques confirment cette exclusion réciproque, qui n'empêche cependant pas la communauté de mobile, l'une et l'autre étant à base de passivité (besoin d'être aimé) et de structure, l'une et l'autre se construisant par projection. C'est ce qui explique qu'elles puissent se succéder l'une à l'autre, mais seulement dans un certain sens : on ne voit pas la jalousie succéder à l'érotomanie mais on peut voir l'érotomanie succéder à la jalousie. L'étude de deux cas montre que cette évolution a la signification d'un passage du conflit avec la réalité aux satisfactions autistiques. Il est à rapprocher du passage classique des idées de persécution aux idées de grandeur, avec lequel il peut s'intriquer. Le plus grand orgueil des érotomanes, signalé par les cliniciens, peut s'interpréter analytiquement comme une régression plus profonde ou une fixation narcissique plus intense. Au point de vue nosographique, la jalousie est plus près de la paranoïa, l'érotomanie de la schizophrénie.

D. L.

---

*Séance du Jeudi 28 Avril 1936*

---

**Présidence : M. GUILLAUME, président**

---

**Récidive d'hallucinations après une hémorragie. Conservation de la conscience, par MM. VURPAS et FABRE.**

L'observation rapportée par MM. Vurpas et Fabre. est un cas de réapparition d'hallucinations à la suite d'une hémorragie abondante causée par l'avulsion d'une dent.

L'histoire du sujet est la suivante : dans son enfance la malade fut tourmentée par un état habituel d'inquiétude et d'émotivité, elle présente en somme les petits troubles de la psychasthénie. Accouchement à vingt ans. Quatre ans plus tard, hystéropexie et, peu après, mort de son enfant à la suite d'une diphtérie à l'âge de quatre ans : gros choc moral suivi d'un accès de dépression avec céphalée intense, état anxieux, insomnie, tristesse et pleurs, dégoût ; exaspération des troubles à l'époque des règles. Soignée à la Salpêtrière : guérison. Elle demeure en bonne santé pendant huit ans. A ce moment, troubles digestifs et cystite. S'agissait-il d'une colibacillose ? En

tous cas, réapparition du syndrome dépressif (céphalée, tristesse et dégoût, pleurs), puis rapidement manifestations d'accidents nouveaux se traduisant par des hallucinations visuelles (un homme habillé de noir apparaît, mais la vision s'évanouit presque aussitôt ; elle assiste à un défilé de rats noirs) ; puis lorsqu'elle va s'endormir, elle sent sa poitrine comprimée et elle voit alors à ce niveau un animal velu, de couleur brune, sans tête, avec de longues pattes ressemblant à un crabe, qui l'enserme et dont la constriction énergique gêne la respiration, pas d'hallucination tactile, olfactive ou gustative. Lorsqu'elle fixe son hallucination et qu'elle y porte son attention, l'hallucination disparaît aussitôt. En somme, deux variétés d'hallucinations : visuelle et cénesthésique essentiellement fugitives. La malade est parfaitement consciente de la nature pathologique du trouble. Lorsqu'elle marche, elle voit devant ses pas un grand trou noir qui l'empêche d'avancer. Exacerbation accentuée de ses désordres au moment des règles. Soignée à nouveau à la Salpêtrière : guérison absolue de ces accidents pendants plusieurs années.

Mais récemment une hémorragie dentaire abondante survient, à l'occasion de l'avulsion d'une dent. Réapparition du syndrome dépressif fruste accompagné des mêmes hallucinations (la bête enserre la poitrine du sujet, l'homme vêtu de noir revient et il s'y ajoute la vue du buste d'une femme brune apparaissant dans l'embrasure de la fenêtre). Toujours conscience absolue de la nature morbide des accidents. Ces troubles hallucinatoires peuvent être considérés comme dus à l'hémorragie, car ils s'exagèrent toujours et notablement pendant la période cataméniale.

L'état somatique est caractérisé par les particularités suivantes : troubles digestifs et vésicaux, ayant précédé les hallucinations, troubles ovariens constants, déséquilibre cardio-vasculaire constaté directement et démontré par l'administration d'éphédrine, troubles vaso-moteurs, bouffées de chaleur, refroidissement des extrémités, retard de la coagulation du sang, etc...

En somme, hallucinations visuelles et cénesthésiques fugaces, tantôt hypnagogiques, tantôt diurnes avec conservation absolue de la conscience et de la critique. Réapparition des hallucinations consécutivement à une hémorragie, désordres ovariens, dérèglement cardio-vasculaire et sanguin.

On sait que l'hallucination est un syndrome qui apparaît au cours des affections mentales les plus diverses (altérations organiques et troubles fonctionnels du cerveau, vésanies, cécité, etc...), mais, d'une façon générale, ce trouble répond à un état de méiopragie cérébrale dont la dépression sanguine due à l'hémorragie, semble, dans ce cas, avoir été la cause.

L. R.

## Société de Médecine Mentale de Belgique

---

Séance du 28 Mars 1936

---

Présidence : M. G. VERMEYLEN, président

---

### Psychoses et cécité, par MM. HEERNU et BAUDOUX.

Présentation de deux malades atteintes de cécité et qui ont présenté un syndrome démentiel avec idées délirantes et hallucinations, visuelles dans un cas, auditives dans l'autre. La sénilité est probablement un des éléments étiologiques de ces troubles, mais la cécité paraît également jouer un rôle important chez la malade atteinte d'hallucinations visuelles. La relation entre la nature des hallucinations et une lésion décelable est intéressante à étudier ; les hallucinations paraissent être ici une compensation de la cécité. On peut penser à l'hyperlendoscopie décrite par Claude.

### Vitamines C et troubles mentaux, par MM. VERMEYLEN et HEERNU.

L'acide ascorbique est un réducteur et un catalyseur. Il est surtout apporté à l'homme par les fruits et les légumes. Il existe une courbe saisonnière de sa production chez les animaux. Diverses observations (troubles du caractère chez des collégiens nourris de conserves-réactions de cobayes avitaminés, et qui deviennent anorexiques et apathiques par exemple), ont attiré l'attention sur les carences et surtout les précarences et sur le rôle qu'elles pourraient avoir dans la genèse de certains troubles de l'activité mentale.

Les auteurs ont recherché le taux de la vitamine C dans le liquide céphalo-rachidien des mélancoliques. Il y est nettement inférieur à celui du liquide d'autres malades. Lorsqu'on améliore l'état de ces mélancoliques par un traitement au dinitrophénol, le taux de l'acide ascorbique du liquide céphalo-rachidien augmente. L'administration d'acide ascorbique aux mélancoliques ne modifie pas le taux de cette vitamine dans le liquide. Il semble qu'il s'agisse de manque d'assimilation cellulaire et de précaréance.

### Epilepsie post-malariathérapique, par MM. ALEXANDER et J. TITECA.

Présentation de deux malades : il s'agit de paralytiques généraux dont l'état s'améliora partiellement par la malariathérapie et qui, en même temps qu'évoluaient une déchéance intellectuelle progressive, furent atteints de crises épileptiformes et de divers équivalents comitiaux.

Relation du cas de trois autres malades dont l'un n'eut qu'une crise épileptiforme typique, sans aucun signe de démence.

La pathogénie de ces crises a été expliquée par diverses théories ; l'épilepsie serait due à une malaria larvée, à l'allérgisation de la syphilis cérébrale prenant le caractère tertiaire, à l'existence de cicatrices cortico-méningées, ou à des ictus ordinaires de la paralysie générale.

J. LEY.

---

## **Groupement Belge d'Etudes Oto-neuro-ophtalmologiques et Neuro-chirurgicales**

---

*Séance du 28 Mars 1936*

---

**Présidence : M. CHEVAL, président**

---

**Nouvelle observation de myoclonies velo-palato-linguales et des globes oculaires, par MM. HELSMOORTEL et L. Van BOGAERT.**

Projection d'un film cinématographique montrant nettement, chez un sujet atteint d'artériosclérose et d'atrophie corticale cérébelleuse diffuse, un gros syndrome cérébelleux bilatéral, et surtout, des mouvements myocloniques transversaux de la langue.

**Etude anatomique d'un cas de myoclonies velo-palato-linguales et des globes oculaires, par M. E. DE SAVITSCH.**

Ce sont surtout les régions du noyau dentelé, du noyau rouge et de l'olive, ainsi que leurs connexions, qui sont atteints de lésions caractéristiques. Il existe en outre des lésions additionnelles nombreuses. Projections de figures schématiques et de microphotographies.

**La durée de la perception osseuse dans l'audition, par M. G. HICGUET.**

La durée de perception d'un diapason placé sur la mastoïde permet le diagnostic différentiel entre les surdités de transmission (oreille moyenne) et les surdités de perception (cochléaire). C'est l'épreuve de Schwabach. On se sert du diapason 128 V.D. et la durée est de 20 secondes. C'est ce qui est le plus généralement admis. Cependant, ces chiffres peuvent varier suivant les auteurs.



En réalité, la durée de perception osseuse est de 45" suivant le temps qui s'écoule entre la mise en vibration du diapason et le moment où on place le pied du diapason sur la mastoïde.

La première perception serait de 20", les suivantes de 10 environ. On peut procéder à cette épreuve de différentes façons, soit en réappliquant sur la mastoïde le diapason qui a cessé d'être entendu, soit en le plaçant la première fois immédiatement sur la mastoïde et les fois suivantes en laissant chaque fois s'écouler la limite de temps au bout de laquelle il a cessé d'être perçu.

Ces expériences constantes chez le même individu varient d'un individu à l'autre, même normal. L'explication du phénomène réside dans le fait de la fatigabilité auditive par voie osseuse : elle est due aux muscles de l'étrier et du marteau, tout comme le relâchement du muscle de l'étrier (paralysie faciale), provoque de l'hyperacousie douloureuse. Pratiquement, il y a lieu de tenir compte de cette fatigabilité auditive pour éviter des erreurs de diagnostic.

#### **Un cas d'hypotonie traumatique de l'artère centrale de la rétine, par M. H. COPPEZ.**

L'auteur présente une femme de 24 ans, qui a été victime d'un accident en novembre 1935. Contusion du crâne avec arrachement du cuir chevelu à la région pariétale. Actuellement on constate, outre des signes de syndrome commotionnel, des contractures cloniques du muscle droit interne gauche, de l'hypotonie de l'artère centrale de la rétine (20), avec circulation générale normale ; un réflexe oculo-cardiaque positif (22-17), avec tendance lipothymique et vertiges. Ces vertiges consistent essentiellement en une tendance à la chute en arrière ou à droite. L'épreuve de Kobrak-Hautant déclanche, aussi bien à l'oreille droite qu'à l'oreille gauche, une chute vers la droite alors que l'orientation du nystagmus est normale.

Il semble bien que l'on ait affaire à un dérèglement vago-sympathique accompagné de réflexes conditionnels (chute) d'origine névrosique.

#### **Les affections chirurgicales para-hypophysaires à symptomatologie clinique uniquement ophtalmologique, par M. P. MARTIN.**

Relation d'une série de cas dans lesquels il existait des lésions attenant de plus ou moins près le chiasma. Une disposition particulière de l'artère cérébrale antérieure — qui présente de fréquentes anomalies — peut provoquer des troubles visuels et faire croire à l'existence d'une tumeur. Le chiasma lui-même se présente sous divers aspects qui peuvent expliquer la production de troubles oculaires. La tumeur peut également être une lésion isolée du nerf optique lui-même. Certains gliomes du nerf peuvent réaliser un aspect de papille de stase.

J. LEY.

# ANALYSES

---

## LIVRES, THÈSES, BROCHURES

---

### PSYCHOLOGIE

De l'action à la pensée, par W. MALGAUD. 1 vol. in-8°, 331 pages, Félix ALCAN, édit., Paris 1935.

Le titre, dans sa concision, résume le livre : à la base de la vie psychique se trouve l'action ; l'évolution du psychisme se poursuit par étapes successives de l'action à la pensée.

L'action est d'abord instinctive. L'élément essentiel, la « pièce centrale » de l'instinct est le « senti », qui, « d'une part reçoit les excitations sensibles du dehors et, d'autre part, provoque les réactions motrices ». L'instinct apparaît ainsi comme un *transformateur conscient* qui, d'une excitation lumineuse, tactile, sonore ou autre, fait sortir un mouvement. Ce n'est pas encore la connaissance au sens intellectuel du mot, l'état de conscience que nous comportes le phénomène restant purement affectif. C'est une « quasi-connaissance ». Le développement du psychisme vers la connaissance proprement dite continue, en s'appuyant toujours sur la perception des mouvements du corps et des sensations qu'ils déterminent, notamment sur les variations de la cœnesthésie. C'est ainsi que du mouvement naît l'idée de forme, car tout mouvement possède une forme et chaque geste dessine une « figure ». Nous acquérons l'idée d'un objet extérieur par les mouvements que nous exécutons pour explorer cet objet. Puis, intervient le jeu complexe des impressions extérieures fournies par les différents sens et les mouvements qui les accompagnent.

Nous arrivons ainsi à « l'acte capital », « décisif », du psychisme qui nous permet de découvrir « ce qu'il y a dans les formes, d'y mettre un contenu, de faire de la forme une chose », et de parvenir, par l'interprétation des données sensibles, à la connaissance.

Toute cette évolution, dont le terme final est la pensée, s'est effectuée sur la base de notre organisme et des modifications dont il est le siège.

« Nous pensons avec notre corps ; notre corps est ce qui pense et ce qui est pensé.

« Il est ce qui pense. Bâti pour agir, il en arrive à contrôler son action, à la ralentir pour l'étaler sous nos yeux dans ses attitudes successives »,

et l'on doit voir « dans ce travail de l'arrêt et du mouvement lent les opérations mêmes de l'analyse et de la synthèse psychologique. »

« Il est ce qui est pensé. L'ensemble de la donnée sensible, fondue à tout moment dans une impression unique, fournit à la conscience un premier contenu, le senti, connaissance directe qui se suffit à elle-même. Les mêmes données sensibles admettent après cela une interprétation différente ; au lieu de les éprouver dans leur cénesthésie, on peut les distinguer, les définir qualitativement l'une par l'autre en termes de sensations. Nous entrons ainsi dans la connaissance véritable ; les sensations sont la matière de toutes nos idées. Mais définir les sensations comme qualités n'est qu'un début. Nous les interprétons, nous en composons des ensembles et le premier de ces ensembles est notre corps. Les sensations de mouvement et de position nous donnent l'idée de notre mouvement, compris dans sa figure, et par là l'idée de notre être matériel et de son action. Toutes nos sensations et toute notre conscience sont ordonnées désormais autour de cette idée centrale. Tout le contenu de notre conscience se présente comme le fait de notre être en chair et en os. Nous n'irons pas au delà. En vain formons-nous le projet de connaître en outre le monde extérieur ; nous sommes victime d'une illusion, nous prenons pour une chose le double de nous-même que nous mettons dans les apparences, nous croyons deviner la nature du monde alors que c'est la nôtre que nous interrogeons. Notre corps est le seul objet de notre pensée. »

Cette conception du psychisme, essentiellement biologique, doit intéresser les psychiatres. Son application à l'étude des psychoses, plus particulièrement de celles où dominant les troubles de la cénesthésie et de la sensibilité motrice (psychoses paranoïdes et psychose hallucinatoire chronique), pourra se montrer féconde.

J. ROGUES DE FURSAC.

**Le Cycle de l'Inconscient**, par Emile LUBAC. 1 vol. in-8°, 191 pages, Félix ALCAN, édit., Paris 1935.

Travail de philosophie pure, qui fait suite à deux études précédentes du même auteur (*Les Niveaux de conscience et d'inconscient et leurs intercommunications*, Alcan, 1929 ; les dimensions du temps, correspondant à l'expansion de la vie de l'esprit dans l'inconscient. *Revue philosophique*, 1931). — A signaler comme susceptibles d'intéresser les psychiatres, des données nouvelles et des considérations originales sur la mémoire et sur le rêve.

J. ROGUES DE FURSAC.

## JOURNAUX ET REVUES

PSYCHIATRIE

**Psychopathologie collective**, par H. CLAUDE. *Le Progrès Médical*, n° 13, pp. 530-537, 30 mars 1935.

Les psychoses collectives suivent les lois d'hétéro-suggestion et de contagion mentale observées quotidiennement dans les variations d'opinions et de passions des foules. Les sujets se divisent en deux catégories, les déli-rants actifs, inducteurs et les passifs, induits. Ces derniers, beaucoup plus nombreux, subissent l'impulsion d'un petit groupe ou même d'un seul indi-vidu. En clinique courante, on observe le délire à deux, dont le professeur Claude rapporte quelques exemples. L'internement et la séparation s'im-posent.

P. CARRETTE.

**L'actualité et les psychoses**, par J. LÉVY-VALENSI. *L'Avenir Médical*. XXXII<sup>e</sup> année, n° 1, pp. 7-11, janvier 1935.

L'avenir dira si la détresse de l'époque présente a multiplié les psychoses et les suicides. Elle puise largement dans les délires progressifs et dans les épisodes aigus des confus, des agités et des mélancoliques. Dans les périodes de cataclysmes, les caractéristiques de la psychologie des foules s'exaspè-rent. La suggestibilité, la mythomanie, l'irritabilité, l'autoritarisme abou-tissent à des explosions parfois dramatiques. M. Lévy-Valensi ajoute que l'inconscient collectif « ressuscite chez le civilisé l'homme ...des années instinctives de l'humanité ». L'évasion du schizoïde lui inspire des délires métaboliques. Il existe toujours ce que M. Wahl appelle des « délires archaïques », mais dans la majorité des cas les thèmes psychopathiques sont empruntés à l'actualité immédiate.

P. CARRETTE.

**Psychiatrie hindoue ancienne**. (Altindische Psychiatrie), par R. F. G. MÜLLER. *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*. Vol. 92, 4, 1935.

L'auteur essaie de dégager, d'après la littérature hindoue ancienne, les notions sur les maladies mentales, répandues chez les vieilles populations aryennes de l'Inde. On y rencontre de bonne heure, à côté de l'influence de la mythologie aryenne primitive, celles venues des cultures asiatiques, et surtout de la culture méditerranéenne. Comme détail intéressant, on peut noter la connaissance du rôle de l'hyperpnée dans la production des crises épiléptiques.

E. BAUER.

**La notion d'évolution et les rapports de la mentalité primitive avec la psychopathologie**, par P. RUBENOVITCH. *L'évolution psychiatrique*, fasc. 2, pp. 77-94, 1935.

La découverte chez un individu d'une forme de pensée rappelant la mentalité dite primitive n'impliquerait pas nécessairement un état de régression. M. Rubénovitch montre qu'il faut d'abord replacer le sujet dans son milieu. On observe alors que la singularité ne provient pas du caractère prélogique. Si le terme de régression est employé, il désignera le simple retour à un stade psychique infantile. Les vestiges de la pensée primitive existent chez l'adulte normal et la régression s'applique à la valeur quantitative des facteurs psychologiques, non pas à leur valeur qualitative.

P. CARRETTE.

**Politiques morbides de la maladie**, par M. MONTASSUT. *L'évolution psychiatrique*, fasc. 2, pp. 45-76, 1935.

Excellente analyse de l'attitude des déséquilibrés inadaptés sociaux et de la thérapeutique qui leur convient. Il est en effet habituel de trouver chez certains sujets paranoïaques un refuge dans la maladie, qui vise à « l'explication » et à « l'excuse de la carence sociale », une tendance à l'offensive destinée à ménager le « prestige individuel » et un besoin de « gouvernement du milieu ». M. Montassut s'attache à dissocier les symptômes physiques du comportement. Il faut cependant tenir compte de notre ignorance des répercussions exactes des troubles somatiques sur l'équilibre humoral et neuro-végétatif, et secondairement sur l'émotivité. L'explication qui paraît logique, des attitudes et des troubles du caractère au cours des psychonévroses, est maintes fois mise en défaut quand le médecin veut bien se contenter d'observer les faits sans y ajouter un besoin d'interprétation qui risque d'emprunter davantage à son propre fonds qu'à celui du malade.

P. CARRETTE.

**Etudes expérimentales sur la suggestibilité dans les troubles mentaux** (Experimental Studies of Suggestibility in Mental Disturbances), par C. G. INGVARSSON et S. J. LINDBERG. *Acta Psychiatrica et Neurologica*. T. X; fasc. 1-2, Copenhague, 1935.

La méthode de Binet-Henri par l'appréciation de sensations olfactives est employée pour fixer la suggestibilité dans les troubles mentaux. Elle permet de reconnaître avec précision ce que la clinique nous apprend : la suggestibilité du débile, de l'hystérique, du dément est très supérieure à la moyenne des sujets non atteints de troubles mentaux, tandis que l'asthénique et le schizophrène sont moins suggestibles.

P. CARRETTE.

**Versification psychopathique** (Versificación psicopática), par F. GORRITI. *La Semana Medica*, n° 2138, pp. 58-61, 3 janvier 1935.

La production poétique des aliénés prend les formes exactement adaptées à leurs psychoses. L'automatisme mental et la facilité de l'excitation maniaque produisent une versification sans poésie, avec des répétitions et un



souci presque exclusif des rimes. Quand ces manifestations sont symptomatiques de paralysie générale, leur valeur s'abaisse encore. Toutefois, on connaît des formes d'exaltation contenue qui permettent des réalisations intéressantes. Elles s'associent avec des cas de médiumnité. Le symbolisme plus poussé, à froid, caractérise la production poétique des schizophrènes. Il rejoint par des transitions insensibles les procédés d'expression très personnels de certaines écoles artistiques.

P. CARRETTE.

**Délire d'Imagination et Mythomanie**, par Luisce LEVI. *Rassegna di Studi Psichiatrici*, février 1935.

L'auteur montre, à la faveur d'exemples cliniques, que dans la pathogénie du délire d'imagination, il y a à la base une constitution hystéro-paranoïde, à laquelle s'ajoutent des éléments confusionnels épileptoides et un appoint suggestif hystéroïde. Le délire ainsi constitué tend à réaliser le désir subconscient du sujet, et par conséquent il répond à une « volonté de maladie ». Il est alors presque impossible de différencier nettement la part du délire et celle du mensonge volontaire. Un mécanisme analogue à celui du délire mythomane a probablement donné lieu aux mythes des peuples primitifs.

P. ABÉLY.

**Remarques sur l'analgésie hystérique**, par QUERCY et HÉDOUIN. *Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux*, séance du 20 décembre 1934. *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, n° 7, 17 février 1935.

L'embarras des auteurs justifie le nôtre. Nous ne pouvons que citer leur explication de l'anesthésie hystérique : « Une analgésie qui n'est ni psychique, ni pseudo, ni illusoire, qui ne paraît pas due aux causes psychiques habituellement invoquées, qui ne paraît pas rattachable au désordre de telle fonction ou de telle région de l'encéphale, dont la physiologie nous échappe, qui coïncide étroitement (sans que nous puissions préciser d'avantage) avec une affection nerveuse, et qu'il n'y a aucun inconvénient à appeler : *hystérique* ».

P. CARRETTE.

**Etude clinique sur la question des phobies**, par M. SHÆCHTER (de Bucarest). *Il Cervello*, juillet 1935, p. 231 à 239.

Bref article en français, dont l'intérêt réside dans quelques observations de syphilophobie.

Henri Ey.

**Note sur l'illusion des amputés**, par QUERCY et de BOUCAUD. *Gazette hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux*, n° 1, 6 janvier 1935.

L'illusion des amputés serait d'origine centrale et même corticale. A l'appui de cette assertion les auteurs citent des faits dont l'intérêt dépasse ceux qui sont communément rapportés. Il ne s'agit plus de sensations de localisation, de douleurs et de paresthésies, mais d'hallucinations psychomotrices et d'évocation, de résurrection des souvenirs sensitifs immédiatement antérieurs à l'amputation.

P. CARRETTE.

**Déséquilibre vago-sympathique dans les maladies mentales** (Desequilibrio vago-sympathico nas doenças mentales), par Henrique Roxo. *Revista de Neurologia e Psiquiatria de São Paulo*, T. I, n° 2, pp. 131-141, janvier-mars, 1935.

L'auteur constate le déséquilibre neuro-végétatif des psychopathes. Aux signes cliniques, il ajoute les épreuves pharmacodynamiques et la recherche du réflexe oculo-cardiaque, qu'il considère comme un test sûr. Il groupe la psychose maniaque-dépressive, l'épilepsie et les tendances aux toxicomanies, qui donnent généralement un réflexe positif. Au contraire, on trouve fréquemment un réflexe inversé dans la schizophrénie, les psychasthénies et les états d'involution artério-scléreux.

P. CARRETTE.

**Sur quelques cas de psychoses de la dengue. Contribution à l'étude clinique des psychoses infectieuses**, par Nic M. ARCALIDES. « *Elliniki Iatriki* ». N° 9, septembre 1935. Salonique.

Après une courte revue des progrès récents de la psychiatrie, en particulier de ceux qui concernent l'étiologie des psychoses, M. N. M. Arcalides rappelle l'historique des troubles psychiques observés au cours de la dengue. Il rapporte 5 cas personnels de psychoses à la suite de cette maladie infectieuse, cas suivis par lui à l'hôpital psychiatrique Dromokaition d'Athènes. De ces cas, deux concernent des syndromes de confusion mentale, deux autres des états de psychose maniaque-dépressive, le cinquième malade fut atteint de manie aiguë avec crises épileptiformes. A l'exception d'un cas (délire fébrile), les troubles psychiques sont apparus entre le 2<sup>e</sup> et le 20<sup>e</sup> jour de la convalescence, après l'apyrexie complète. L'auteur analyse chacun de ces cas et discute le diagnostic différentiel, surtout au point de vue étiologique. Excluant de leur genèse toute autre étiologie, que celle de la dengue, il insiste sur ce fait qu'aucun autre facteur étiologique, en particulier aucun facteur congénital (hérédité, prédisposition, constitution, etc.) ne peut être considéré comme ayant contribué à l'apparition des deux syndromes maniaco-mélancoliques ni de la manie aiguë, de sorte que la dengue aurait agi ici comme cause provocatrice. M. Arcalides conclut que, non seulement la confusion mentale, mais d'autres syndromes psychiques, peuvent se manifester à la suite d'infections, en l'absence de causes congénitales, et que ces dernières ne constituent pas toujours la pierre de touche pour l'apparition des maladies mentales. Le facteur infectieux et toxique, peut, à lui seul, provoquer des troubles mentaux considérés en général surtout comme psychogènes.

KOURÉTAS.

**Certaines particularités des débuts aigus dans la schizophrénie**, par J. J. ROSENBLUM et B. S. GUESSELSON (*Sovietskaia Psychonevrologia*, T. XI, n° 1, 1935).

L'auteur rapporte les résultats de remarques faites sur 20 cas de schizophrénie à début aigu, présentant de nombreuses analogies avec le type exogène de réaction de Bonhoeffer. Les traits caractéristiques de cette forme sont figurés par des troubles du raisonnement et les changements de sensation du « moi ». L'auteur conclut à l'existence d'une forme de schizophrénie ayant un début aigu et rappelant le tableau des psychoses

symptomatiques sans infection à l'origine. Elle peut donner des rémissions rapides et prolongées, mais en définitive évolue vers la chronicité. Le facteur toxique semble jouer dans cette forme un rôle plus important que dans d'autres formes de schizophrénie.

FRIBOURG-BLANC.

**Syndrome schizophrénique exogène** (Ein schizophrenes Syndrom mit exogener Genese), par GUNNAR LINDQUIST. *Acta Psychiatrica et Neurologica*, X, 1-2, 1935, Copenhague.

Un malade, atteint de parkinsonisme traumatique, présente, à la suite d'une cure atropinique, des troubles psychiques aux caractères suivants : courte phase confusionnelle onirique d'abord, ensuite, en même temps que l'orientation se rétablit, hallucinations auditives, vol et écho de la pensée, idées d'influence, idées de transformation, interprétations délirantes ; cette deuxième phase dure environ trois mois et se termine par la guérison complète. L'anamnèse n'a révélé aucune hérédité psychopathique, par contre, une hérédité tuberculeuse ; quelques traits schizothymes ont été rencontrés dans les antécédents psychiques.

E. BAUER.

**Schizophrénies exogènes et composantes « symptomatiques » des schizophrénies idiopathiques** (Exogene Schizophrenien und die symptomatischen Bestandteile bei den genuinen [idiopathischen] Schizophrenien), par K. LEONHARD. *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, 91, 5/6, 1935.

Les psychoses exogènes réalisent des aspects cliniques tout à fait semblables à ceux des phases aiguës de la schizophrénie. L'auteur le montre à l'aide de trois exemples cliniques : deux psychoses puerpérales, une psychose consécutive à une ovariectomie. Les malades présentèrent d'abord un syndrome amentiel typique, ensuite un état schizophrénique de plus en plus caractérisé, pour aboutir en fin de compte à la guérison complète. Les cas de cet ordre sont d'ailleurs fréquents ; ils ne supposent, ainsi que le prouvent les antécédents dans les exemples cités, aucune prédisposition héréditaire ni constitution schizoïde. Seule l'évolution permet de faire le diagnostic différentiel entre une psychose exogène d'aspect schizophrénique et une schizophrénie aiguë vraie. Celle-ci, qu'elle ait été déclanchée par une cause exogène comme il arrive souvent, ou qu'elle ait débuté spontanément, évolue toujours vers un état de déficit mental caractéristique, spécifique de la schizophrénie, car les psychoses exogènes sont incapables de la réaliser. Ainsi l'auteur est amené à distinguer, dans la schizophrénie, entre les symptômes essentiels, spécifiques : ce sont les signes de déficit intellectuel, et les symptômes non essentiels, réversibles, de nature toxique probablement, pouvant être réalisés par des psychoses autres que la schizophrénie. Il rappelle à ce sujet les idées de Hoche concernant la paralysie générale, où il convient de distinguer les signes « axiaux », spécifiques de la maladie, dus aux lésions destructrices, et les signes « périphériques » (Randsymptome), réversibles, en rapport avec des lésions toxiques, et rencontrés également dans les syndromes pseudo-paralytiques.

E. BAUER.

**Sur l'influence des processus focaux du cerveau sur le tableau de la schizophrénie**, par J. DRETHER. *Rocznick Psychiatryczny*, T. XXV, 1935, p. 135-148.

En soulignant l'intérêt théorique de l'association de plusieurs maladies mentales chez le même sujet, l'auteur rapporte l'analyse de 11 cas de schizophrénie indubitable, compliquée de tumeur cérébrale. L'évolution clinique démontre que la tumeur influence, dans la plupart des cas, le processus schizophrénique, de telle sorte que les cas de longue durée changent la « ligne générale » de la personnalité et révèlent une syntonisation progressive du malade qui devient de plus en plus calme, moins autiste et montre une vie affective de plus en plus normale. Les tumeurs à expansion rapide évoquent les syndromes confusionnels sous lesquels s'efface, de plus en plus, la schizophrénie. Le processus schizophrénique lui-même n'a pas de valeur pour le tableau clinique de la double maladie. Les hallucinations auditives disparaissent dans la plupart des cas. Parfois on a pu observer l'éclosion d'hallucinations en rapport avec des processus focaux. Le mécanisme de cette différenciation des phénomènes hallucinatoires, quoique intéressant du point de vue théorique, ne peut pas être résolu d'une manière satisfaisante.

FRIBOURG-BIANG.

**La question de l'étiologie et de la pathogénie de la schizophrénie** (Zur Frage der Ätiologie und Pathogenese der Schizophrenie), par Torsten LINDNER (de Stockholm). *Zeitsch. f. d. ges. Neuro und Psych.*, Tome CXLVI, p. 781 à 791.

L'auteur déclare d'abord que, malgré les recherches d'histopathologie cérébrale entreprises, nous n'avons pas encore de connaissances positives sur la nature de « cette maladie ». Plaçant la notion sur le terrain où elle s'est instituée, après Kræpelin et avec Kretschmer en Allemagne, il se demande si et dans quelle mesure les facteurs toxi-infectieux ne font qu'activer le développement d'un processus constitutionnel (endogène). Dès lors, se pose également la question de savoir si cette prédisposition ne serait pas autre chose qu'une sensibilisation générale à des facteurs toxi-infectieux ? Il est bien certain que pour si intéressantes que soient les réflexions de l'auteur sur les composantes endocriniennes de cette prédisposition aux infections et notamment à la tuberculose, le problème posé sous cette forme trop générale et sans examen critique préalable de la notion de la délimitation et de la valeur nosographique de « la schizophrénie » ne risque guère d'être élucidé par ce travail. Bibliographie où figurent à peu près exclusivement les précédents travaux de l'auteur.

Henri Ey.

**La constitution morphologique des schizophrènes en rapport avec les manifestations psychopathologiques et avec leur étiopathogénèse.** La costituzione morfologica degli schizofrenia in rapporto alle manifestazioni psicopatologiche e alla loro etiopatogenesi, par Carmelo VENTRA (Nocera inferiore). *Archivio generale di Neurologia, psichiatria et psicoanalisi*, octobre 1935, p. 381 à 388.

Depuis que nous lisons des travaux sur la typologie, nous sommes habitués aux exposés prodigieusement détaillés de mensurations, de chiffres et

de moyennes, mais le présent mémoire paraît être un record. Il n'y a pas moins de 27 tableaux numériques, dont certains comportent 30 colonnes de 50 chiffres. Les recherches ont porté sur 360 schizophrènes (215 hommes et 145 femmes). Il n'existe pas chez les schizophrènes de type unique. Les longitypes ont prédominé, ce qui vérifie l'opinion de Kretschmer, d'autant plus que les statistiques de l'auteur ont porté sur « l'homo méditerranéus » et non sur « l'homo nordicus ». Naturellement, il y a eu aussi des brachytypes et des types intermédiaires produits de la combinaison des deux autres. Le resserrement constant du premier et du dernier arc thoracique, plus marqué chez les hétérophéno-catatoniques, ont déterminé par la loi constitutionnaliste des corrélations transversales, une méiopragie des sommets pulmonaires, du foie, de l'estomac, des surrénales, de l'intestin, etc. Les brachytypes sont plus fréquents chez les déments paranoïdes. Telles sont les constatations de fait auxquelles aboutit l'auteur de ce monumental travail de patience.

Henri Ey.

**Les différences sexuelles dactylographiques chez les schizophrènes** (Dactylographische Geschlechts unterschiede der Schizophrenen), par H. POLL. *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, Vol. 91, fasc. 2, 1935.

Les impressions digitales ont été étudiées par l'auteur chez des sujets normaux et chez des schizophrènes, à l'aide d'une technique spéciale. Les résultats sont représentés par une courbe dactylographique (Dactylodiagramm), qui présente, chez les sujets normaux, des différences caractéristiques entre les 2 sexes. Or, ces caractères distinctifs ont tendance à s'effacer chez les schizophrènes. Il est permis de rapprocher ces constatations de certains faits cliniques et thérapeutiques : apparition relativement fréquente de caractères sexuels opposés au cours de la schizophrénie, notamment chez les femmes ; action, dans certains cas, d'une thérapeutique hormonale.

E. BAUER.

**De l'influence du processus sur le caractère dans la schizophrénie à évolution bénigne** (Über den Einfluss des Prozesses auf den Charakter bei mild verlaufenden Schizophrenien), par B.-D. FRIEDMANN (Moscou). *Zeitsch. f. d. ges. Neuro. und Psych.*, Tome CXLVI, p. 712 à 719.

Le but de ce travail est de poser quelques questions embarrassantes à Kretschmer. Comment concevoir l'apparition d'un état schizophrénique chez des individus non schizoïdes ? L'élément schizoïde est-il toujours obligatoire ? Si oui, quel rôle joue-t-il dans l'établissement du processus schizophrénique ? La schizophrénie se développe-t-elle à partir de ces éléments constitutionnels ou jouent-ils seulement le rôle d'indicateurs ? Est-il possible de se satisfaire d'une explication qui invoque une autre constitution ? Peut-être devons-nous étudier certains troubles et notamment la non-affectivité par le processus schizophrénique lui-même ?

Henri Ey.



**Contribution au problème des pseudo-hallucinations dans la schizophrénie et de leurs rapports avec la constitution éidétique** (Zur Frage der Pseudohalluzinationen bei der Schizophrenie und ihrer Beziehungen zur eidetischen Anlage), par G. PISK. *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, Vol. 92, 3, 1935.

Chez la malade décrite par l'auteur, une constitution éidétique particulièrement nette a été manifeste depuis l'enfance. Peu à peu, elle a pris un caractère pénible, obsédant, des pseudo-hallucinations visuelles de plus en plus intenses se sont produites. La malade est hospitalisée avec un syndrome anxieux intense déterminé par les troubles hallucinatoires, mais au bout de quelque temps le tableau clinique se transforme et cède la place à un état de schizophrénie catatonique typique. Cette observation soulève plusieurs problèmes : rapports entre les pseudo-hallucinations visuelles et la constitution éidétique, influence pathoplastique de la constitution éidétique sur la psychose, début du processus pathologique, qui se place à l'époque où la malade a commencé à ressentir sa constitution éidétique comme un phénomène pénible, morbide.

E. BAUER.

**Contribution au problème de la schizophrénie greffée** (Beitrag zum Problem der Pfropfschizophrenie), par H. KATZENFUSS. *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, XXXV, 2, 1935.

L'opinion classique, que la schizophrénie évolue souvent sur un terrain de débilité mentale, est loin d'être partagée par tous les auteurs. Les statistiques sur la « schizophrénie greffée » varient d'ailleurs entre 4 0/0 et 44 0/0 de la totalité des cas. Bumke, Maier-Gross estiment qu'elle est rare ; Neustadt a nié son existence. L'importance de ces divergences d'opinion s'explique en partie par les divergences doctrinales quant à la nature et aux limites de la schizophrénie en général, et quant au problème des psychoses de la débilité qui a été soulevé encore récemment par Horst.

L'auteur a étudié le problème dans une population d'asile, en ne considérant que les cas dans lesquels le diagnostic de schizophrénie avait été confirmé par l'évolution et une observation prolongée. Il a observé 72 schizophrénies greffées sur des états d'indigence congénitale, soit 11,1 0/0 de l'ensemble des schizophrénies. Il rapporte sommairement 60 observations et insiste sur les particularités symptomatiques et évolutives, peu importantes d'ailleurs. Le tableau clinique est relativement pauvre, plus simple, mais les symptômes sont aussi plus marqués, plus nets. L'évolution est plus grave, les rémissions sont rares et de courte durée. L'indigence intellectuelle n'a avec la schizophrénie greffée sur elle que des rapports pathoplastiques, mais aucun rapport pathogénique. Il s'agit d'une association morbide due au hasard.

L'auteur insiste également sur la valeur de l'épreuve de Rorschach qui permet de discriminer entre les éléments oligophréniques et schizophréniques et de trancher les cas douteux.

E. BAUER.

**De l'apparition de tableaux cliniques schizophréniques dans la paralysie générale et leur importance** (Das Vorkommen von schizophrenen Bildern bei der progressiven Paralyse und deren Bedeutung), par I. SOMOGYI et L.-V. ANGYAL (de Budapest). *Zeitsch. f. d. g. Neuro. und Psych.*, Tome CXLVI, p. 145 à 166.

De l'étude de quatre observations, les auteurs proposent de tirer les conclusions suivantes : Il peut s'agir parfois de coïncidences (Rath et Somogyi). D'autres fois, le processus paralytique joue un rôle incontestable dans le déterminisme de ces syndromes schizophréniques. Dans ce dernier, car il faut signaler trois éventualités : tantôt le processus paralytique spontané ou modifié par la malaria produit un état schizophrénique. Tantôt chez un individu ayant déjà présenté une bouffée schizophrénique, le processus paralytique le déclenche à nouveau. Tantôt enfin le processus paralytique doit être rendu responsable du développement d'une schizophrénie endogène, qui évolue parallèlement à la paralysie générale. Malgré ces conclusions un peu artificielles, le travail est intéressant par ses observations et sa documentation.

Henri Ey.

**Les paralytiques généraux avant et après le traitement malarique** (Progressive Paralytiker von und nach der Malaria betrandlung), par M. WEISFELD (Moscou). *Zeitsch. f. d. g. Neuro. und Psych.*, Tome CXLVI, p. 661 à 691.

L'auteur a soigneusement étudié le fond mental des paralytiques généraux avant et après la malariathérapie. Les recherches ont porté sur 29 malades. Il rapporte les résultats de ses épreuves d'exploration des capacités psychiques. Celles-ci ont augmenté de plus de 10 %, au moins, dans le pourcentage des cas suivants : capacités mnésiques (56 %), d'observation (31 %), d'attention (13 %), de construction (47 %), de calcul (50 %), d'activité idéique (57 %), d'intelligence (27 %), de rapidité (30 %), de jugement moral (9 %), d'écriture et d'activité motrice (17 %). Le travail s'achève par des considérations intéressantes sur la comparaison des rémissions thérapeutiques et les rémissions spontanées dont il donne les pourcentages anciens de 1888 à 1924.

Henri Ey.

**La paralysie générale des tabétiques**, par A. SÉZARY et H. GALLOT. *La Presse Médicale*, n° 13, pp. 241-243, 13 février 1935.

Pour MM. Sézary et Gallot, il n'y a que très rarement coexistence de tabès et de paralysie générale. Les signes médullaires des deux affections se ressemblent au début et ce que l'on observe plus souvent, c'est l'évolution d'une paralysie générale, d'une syphilis cérébrale diffuse plutôt de la variété lente atténuée avec troubles sensoriels et quelques signes de la série tabétique. Le tabès est une forme de désordre nerveux moins profond, moins rapidement destructeur que la paralysie générale. Le sérum des tabétiques ne pourrait-il être injecté utilement aux paralytiques pour ralentir l'évolution du mal et préparer le terrain aux thérapeutiques actuelles ?

P. CARRETTE.

**Les troubles psychiques dans les tumeurs cérébrales**, par W. STERLING.  
*Rocznik Psychiatryczny*, T. XXV, 1935, p. 54-65.

L'auteur, dont l'expérience personnelle se base sur 66 cas de tumeurs cérébrales (45 cas avec troubles mentaux) distingue, à côté des troubles psychiques élémentaires (troubles de la perception, de la mémoire, apathie, indolence, hallucinations, etc.), les troubles psychiques spéciaux, plus compliqués, se rapprochant plus ou moins des syndromes psychopathiques bien connus. Comme éléments transitoires, entre les troubles psychiques élémentaires et les troubles psychiques spéciaux, il a observé des troubles épisodiques représentant des altérations profondes de l'orientation liés aux états délirants. En analysant le syndrome de Korsakow, comme le représentant le plus important et le plus caractéristique des troubles psychiques spéciaux, il discute le problème de la désorientation.

Il analyse ensuite les altérations cérébrales au cours des tumeurs de l'encéphale en mettant en évidence leur caractère, non seulement topographique, mais surtout diffus, ce qui rend la valeur localisatrice des troubles psychiques accompagnant les tumeurs cérébrales très restreinte et bien problématique. Les troubles psychiques élémentaires et les syndromes mentaux plus compliqués dépendent de l'importance de ces altérations diffuses, de leur localisation secondaire et surtout de la constitution héréditaire du cerveau.

FRIBOURG-BLANC.

**Sur la valeur localisatrice et sur la pathogénie des troubles psychiques au cours des tumeurs cérébrales**, par J. ROTHFELD. *Rocznik Psychiatryczny*, T. XXV, 1935, p. 66-92.

Se basant sur 198 cas de tumeurs cérébrales, dont 55 avec troubles psychiques, l'auteur conclut que ce sont les coefficients toxiques qui jouent le rôle principal dans la pathogénie des troubles mentaux : toxines produites par les néoplasmes provoquant inflammation et œdème, altération du liquide céphalo-rachidien... Ce sont donc des facteurs généraux, dont l'action est indépendante de la localisation des tumeurs, qui donnent naissance aux troubles psychiques. Il s'ensuit que toute conclusion tirée des troubles psychiques au cours des tumeurs cérébrales et concernant la localisation est illicite. Les troubles psychiques au cours des tumeurs cérébrales doivent être considérés comme symptôme général et non local.

FRIBOURG-BLANC.

**Les perturbations psychiques chez les blessés du crâne**, par J. NELKEN.  
*Rocznik Psychiatryczny*, T. XXV, 1935, p. 149-160.

En rappelant l'immense littérature relative aux blessures de guerre de la tête par coup de feu, l'auteur étudie les coups de feu à la tête par tentative de suicide. Il s'occupe spécialement de l'état d'amnésie rétrograde, de l'affaiblissement psychique terminal, de l'épilepsie et des idées de persécution.

Dix cas de coup de feu à la tête servent de base aux conclusions de l'auteur.

Il existe toujours un trouble de la conscience. Le choc des opérations chirurgicales du crâne joue un rôle dans les troubles observés. L'amnésie

rétrograde survint dans 3 sur 7 cas de lésion du cerveau. L'auteur s'attache particulièrement aux perturbations fonctionnelles qui, dans certains cas, dépassent même les troubles organiques. La lésion organique du cerveau crée dans ces cas des conditions favorables aux troubles de la conscience.

De l'analyse de divers cas cliniques, NELKEN tire la conclusion que l'amnésie diffère suivant les victimes d'un même drame (suicide à deux) et qu'elle n'est pas seulement fonction de la lésion anatomique du cerveau. L'auteur se réfère aux symptômes dénommés la triade de Neustadt : perte du tonus psychique, — trouble de la perception et de la mémoire, — troubles affectifs. La lésion organique peut provoquer des mécanismes semblables à ceux de l'hystérie.

En général les troubles du caractère qui surviennent après un coup de feu au cerveau rappellent ceux de l'épilepsie, quoique aucun des cas rapportés ne s'accompagnât d'attaque d'épilepsie ni d'équivalents. La littérature démontre que l'expérience de la guerre a très peu éclairci l'étiologie de l'épilepsie et sa thérapeutique. Un érysipèle de la tête, survenu dans un des cas, influa d'une manière favorable sur l'état général du malade, mais n'eut aucune influence sur les lésions organiques causées par le coup de feu. Les idées de persécution se manifestèrent dans 3 cas sur 10. Les idées de grandeur résultaient de la disposition affective antérieure.

FRIBOURG-BLANC.

**De l'amnésie, suite de blessure du crâne par arme à feu, par J. HANDELSMAN et J. NELKEN** (*Warszawskie Czasopismo Lekarskie*, T. XII, n° 19 du 16 mai 1935).

En complément d'une étude antérieure de J. Nelken sur l'origine de l'amnésie rétrograde faisant suite aux blessures de la tête par arme à feu dans le suicide, les auteurs rapportent l'observation d'un aliéné schizophrène qui, blessé à la tête par sa fiancée d'une balle pénétrante, ne présenta aucune amnésie rétro ou antérograde. A la suite de cette blessure, l'état psychique du malade s'améliora et la guérison pratique fut obtenue. L'absence d'amnésie pourrait être attribuée à l'absence de troubles catathymiques en rapport avec la blessure de l'encéphale.

FRIBOURG-BLANC.

**Nouvelle contribution à l'étude du syndrome interpariétal dans les maladies mentales** (Weitere Beiträge zur Lehre von interparietal en Syndrom bei Geisteskrankheiten), par M. GUREWITSCH (Moscou). *Zeitschr. f. d. g. Neuro und Psych.*, Tome CXLVI, p. 126 à 144.

L'auteur rapporte, à la suite de son travail précédent (même *Revue*, t. 140, 1932) neuf nouvelles observations qui lui paraissent démonstratives du rôle que jouerait le syndrome interpariétal (troubles du schéma corporel) dans certaines psychoses. De ces neuf observations, une seule (le deuxième cas) est particulièrement intéressante. Il s'agirait d'un jeune homme de 26 ans qui, 8 ans auparavant, avait reçu une balle dans la tête, qui avait contracté la syphilis depuis 6 ans et était alcoolique. Il présente de juillet 1931 à janvier 1933 des troubles mentaux rapportés à une méningo-encéphalite au cours desquels parmi d'autres troubles neurologiques on nota des troubles sensitifs et notamment une altération assez curieuse de la stéréognosie, consistant à identifier l'objet mis sous la main, à l'objet antérieu-

rement palpé (palistéréognosie). Pour les autres cas, il s'agissait de schizophrénie (1, 3, 4, 5), d'épilepsie (6), de névrose d'angoisse (8), de syndrome de Parkinson (7), de psychose traumatique (9). On trouvera des commentaires intéressants sur les altérations du schéma corporel, décrites par Poetzl et Hoff. Aucune de ces observations n'a été sanctionnée par un contrôle anatomique.

Henri Ey.

## PSYCHANALYSE

**Génétique et psychanalyse**, par W. BISCHLER (Genève) (en français). *Archivio generale di Neurologia, Psichiatria e Psicoanalisi*, juin 1935, p. 249 à 252.

Les phénomènes d'hérédité influent sur notre vie comme les événements de notre première enfance. La psychanalyse examine l'inconscient personnel, infantile, et d'autre part l'inconscient collectif, racial (Jung) ; or, entre les deux, il y a place pour un inconscient mi-personnel : l'inconscient héréditaire. C'est cet inconscient que permet d'étudier l'analyse de la schizophrénie. La génétique et la psychanalyse examinent en outre des phénomènes dynamiques nés des tendances et prédispositions latentes, non encore réalisées. Sans doute, mais ne reste-t-il pas à résoudre ce problème autrement que par des spéculations un peu artificielles sur les équivalents dans l'inconscient de la dominance et de la récessivité ?

Henri Ey.

**Ce que la clinique française a retenu de la psychanalyse**, par A. HESNARD. *La Clinique*, n° 240, pp. 61-66, février 1935.

Après une période de vogue étendue, la psychanalyse est revenue aux médecins trop peu nombreux et trop isolés qui la pratiquent, considérée par la majorité avec une « sorte d'indifférence vaguement hostile ». Et pourtant, malgré la répugnance du clinicien français pour le dogme du pansexualisme et pour la terminologie conformiste, le Freudisme a laissé une empreinte profonde, implicite, dans la pensée, et même dans le langage des psychiatres et des psychologues. Il a mis en lumière une telle quantité de faits, il a enseigné tant de procédés d'explications que l'indispensable analyse des troubles dans les psychonévroses s'est inspirée toujours plus profondément de ses méthodes. M. Hesnard fait le bilan de ce qui a été adopté et rejeté.

P. CARRETTE.

**Nos rêves et leurs qualités**, par René FRANQUET. *La Clinique*, n° 240, pp. 67-72, février 1935.

La valeur du rêve comme élément symptomatique est encore trop négligée. Il représente cependant un mode d'activité psychique très important, libéré des entraves sociales de l'état de veille. Certains rêves renseignent sur l'état cœnesthésique, sur l'évolution d'affections organiques. M. Franquet montre comment leur analyse conduit parfois au diagnostic précoce que l'examen clinique ne permet pas encore. Il rappelle également les exemples dont l'interprétation est si précieuse dans le traitement des psychonévroses.

P. CARRETTE.



## NEUROLOGIE

**Manifestations encéphaliques des embolies gazeuses**, par J. LHERMITTE. *La Médecine*, n° 2, pp. 129-134, février 1935.

Les travaux récents de MM. Goret et Gillard aboutissent à cette conclusion que les embolies gazeuses sont arrêtées dans les capillaires pulmonaires et que les accidents proviennent de l'asphyxie par arrêt. M. Lhermitte contredit ce point de vue en présentant des faits démonstratifs : les bulles d'air cheminent parfaitement dans les capillaires pulmonaires et dans le réseau cérébral. La moindre perturbation suspendant l'irrigation encéphalique peut avoir des conséquences redoutables : paralysies et convulsions notamment.

P. CARRETTE.

**Les dysplasies neuro-ectodermiques congénitales**, par Ludo van BOGAERT. *Revue Neurologique*. T. LXIII, n° 3, pp. 353-398, mars 1935.

Certaines affections sont caractérisées par une atteinte simultanée de la peau, du système nerveux et des glandes endocrines. Elles tendent à adopter une disposition métamérique, une topographie cutanée répondant à l'innervation sympathique, un développement maximum dans les territoires de plus grande complexité embryonnaire. M. van Bogaert décrit la sclérose tubéreuse, la neurofibromatose, les angiomatoses de la peau, de la rétine et des centres nerveux, l'idiotie xérodermique, les kératoses et ichtyoses familiales. Toutes ces dysphagies touchent aux problèmes constitutionnels. La participation mésodermique variable ne saurait faire perdre de vue les caractères communs du processus, dont le point de départ se situe dans une période fœtale assez nettement limitée.

P. CARRETTE.

**Etude des modifications fonctionnelles du nerf au cours de la dégénérescence wallérienne**, par Jean TITECA. *Archives internationales de Physiologie*. T. XLI, fasc. 1, 1935.

L'excitabilité du sciatique de grenouille, séparé de ses origines centrales, est étudié par M. Titeca. Les recherches sur la chronaxie, sur le seuil d'excitation au choc d'induction, sur la période réfractaire, sur la répétition des stimuli indiquent, qu'après une courte période de stabilité, le nerf témoigne d'une « fatigabilité » toute spéciale. Les troubles fonctionnels, apparus d'abord dans le bout proximal, se propagent vers la périphérie, en fonction de la température d'expérience. La réversibilité des phénomènes provoqués perd progressivement sa rapidité. Les terminaisons nerveuses motrices dégèrent précocement et répondent à la disparition de l'excitabilité musculaire indirecte, alors que le nerf lui-même a conservé sa conductibilité propre. Le mécanisme de la dégénérescence wallérienne paraît double. D'une part, la séparation du nerf d'avec son centre provoque une dénutrition fatale et d'autre part un processus d'autolyse, à propagation centrifuge, atteint la gaine de myéline et favorise la désintégration du nerf sous-jacent.

P. CARRETTE.

**Le signe de flexion de la tête.** (Das Kopfbeugesymptom), par F. Th. MÜNZER. *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, Vol. 92, 4, 1935.

Chez les sujets atteints d'une affection, primitive ou secondaire, des racines postérieures, l'antéflexion forcée de la tête détermine une douleur plus ou moins vive, dans la zone innervée par les racines atteintes, parfois dans une zone plus diffuse. La douleur apparaît dans les mouvements passifs et actifs, en position debout, couchée, assise ; dans la position assise, elle est particulièrement forte en cas d'atteinte des racines postérieures lombosacrées. L'auteur étudie le mécanisme de production du signe, très simple à comprendre, ses aspects différentiels suivant l'étage médullaire atteint, sa valeur symptomatique et diagnostique.

E. BAUER.

**Un réflexe oculo-cardiaque spontané et intempestif**, par S. VIALARD. *La Presse Médicale*, n° 4, pp. 71-72, 12 janvier 1935.

L'auteur présente l'observation d'un sujet jeune qui, à la suite d'une intervention pour cataracte traumatique, fut atteint brusquement de malaises, d'angoisse, de lipothymie avec acroasphyxie et d'une bradycardie considérable. Ces accidents sont imputables au pansement compressif et au développement d'un hématome qui réalisèrent automatiquement un déclenchement du réflexe oculo-cardiaque chez un vagotonique. Les troubles cessèrent avec la suppression de la compression. L'hypertension locale ne permet pas d'administrer l'atropine. M. Vialard conseille le gardénal associé à la quinine et à la valériane.

P. CARRETTE.

**Le problème des migraines allergiques**, par Jean HAMBURGER. *Revue d'immunologie*. T. I, n° 1, pp. 102-112, janvier 1935.

Une crise colloïdoclasique précède certains accès de migraine, mais nous sommes peu renseignés sur les rapports de cause à effet. Les tests biologiques positifs manquent pour affirmer qu'une migraine est due à une sensibilisation spécifique de l'organisme. Ainsi on a incriminé des aliments. Il n'est pas niable qu'ils peuvent favoriser la crise. Toutefois les sujets observés présentent un terrain digestif déficient, des troubles hépato-biliaires. Les traitements des hypersensibilités, par la peptone notamment, ne sont pas non plus démonstratifs. Leur effet est transitoire et des améliorations importantes sont obtenues dans des cas de migraines dont l'origine allergique est plus que douteuse.

P. CARRETTE.

**Troubles vaso-moteurs associés aux paralysies d'origine centrale** (Vasomotor Changes Associated with Paralysis of Cerebral Origin), par Paul C. BUCY. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXXIII, n° 1, pp. 30-52, janvier 1935.

L'examen des hémiplésiques n'apporte pas de contribution valable sur le mécanisme qui préside à la centralisation du système vaso-moteur parce que les résultats, bien qu'abondants, sont contradictoires. M. Bucy rappelle les modifications de la température locale, de la tension artérielle, de

la nutrition cutanée, de l'activité pilo-motrice qui expriment l'interruption fonctionnelle des fibres inhibitrices allant du cortex aux centres vaso-constricteurs de l'hypothalamus et de la moelle.

P. CARRETTE.

**Le syndrome de la pointe du rocher**, par G. MARINESCO et GRIGORESCO. (*Archivos argentinos de neurologia*, Vol. XII, n° 4, avril 1935)

Le syndrome de la pointe du rocher représente une entité anatomo-clinique bien déterminée. Il est produit par l'atteinte simultanée des paires V et VI et il se traduit cliniquement par des douleurs pariéto-temporo-faciales de type gassérien, avec strabisme interne de l'œil correspondant. Ce syndrome algo-strabique s'explique par le fait que le siège du ganglion de Gasser est très rapproché du nerf moteur oculaire commun au niveau de la pointe du rocher du temporal.

Cliniquement, on note une névralgie faciale unilatérale présentant les caractères habituels des douleurs dans le domaine du trijumeau, s'accompagnant parfois d'un hémispasme facial ou d'un véritable syndrome Claude Bernard-Horner. Le strabisme interne de l'œil, du même côté que la douleur, s'installe postérieurement et peu à peu.

Ce syndrome peut être réalisé par des causes multiples. Les plus fréquentes sont des complications des otites moyennes constituant le syndrome de Gradenigo, par propagation de l'infection à la pointe du rocher. La syphilis, sous la forme d'une gomme ou d'une ostéite, peut réaliser également ce syndrome. Exceptionnellement, il peut s'agir de foyers d'infection intracérébraux.

Le syndrome de la pointe du rocher offre des caractères anatomiques et sémiologiques assez nets pour être individualisé et rangé dans le cadre nosologique des syndromes paralytiques des nerfs crâniens de la base.

LAUZIER.

**Le syndrome myoclonique synchrone et rythmé vélo-pharyngo-laryngo-oculo-diaphragmatique**, par Georges GUILLAIN et Pierre MOLLARET. *La Presse Médicale*, n° 4, pp. 57-60, 12 janvier 1935.

Les myoclonies intéressant les muscles striés annexés à l'appareil respiratoire, ceux des premiers segments digestifs et de la face forment un syndrome dont l'étiologie apparaît assez complexe. Lié à l'artério-sclérose, englobé dans une affection tumorale ou une maladie infectieuse, il n'est pratiquement jamais isolé et répond à des altérations histologiques variées. Toutefois, si la question de nature des lésions reste incisée, des recherches réitérées ont apporté à la physiopathologie du tronc cérébral une contribution très utile. Elles montrent la participation habituelle du système olivo-dentelé au syndrome myoclonique. Homolatérales par rapport au noyau dentelé du cervelet, contralatérales par rapport à l'olive bulbaire, les lésions seraient par conséquent assez strictement limitées et les voies d'association avec le noyau rouge ne seraient pas inévitablement lésées. De nouvelles observations montreront sans doute si le syndrome myoclonique peut fournir des précisions sur le rôle des fibres cérébello-rubriques, de la bandelette longitudinale postérieure et du faisceau central de la calotte.

P. CARRETTE.

**Contribution à l'étude des tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux**, par DARQUIER et SCHMITE. Mémoire présenté à la Société de Neurologie pour le *Prix Charcot* le 13 décembre 1934. *Revue Neurologique*, T. LXIII, n° 2, pp. 257-312, août 1935.

MM. Schmite et Darquier font une étude clinique, anatomique et chirurgicale des tumeurs de l'angle et des tumeurs de l'acoustique.

Au point de vue clinique, ils insistent sur la période de début où le diagnostic précoce entraîne une sanction thérapeutique et modifie le pronostic. A cette période, la symptomatologie est fruste, souvent il s'agit de formes mono-symptomatiques, l'examen systématisé permet alors d'arriver à un diagnostic précis. La recherche des épreuves vestibulaires peut rendre de grands services. La radiographie peut également fournir un appoint non négligeable. A la période d'état, la symptomatologie est classique et le problème diagnostique facilement soluble.

Dans une deuxième partie, les auteurs étudient la question anatomique et soulignent l'intérêt de certaines formes généralisées ; les relations entre les tumeurs de l'acoustique avec la neuro-fibromatose généralisée, avec la maladie de Bourneville-Brissaud, avec les blastomatoses du système nerveux.

La troisième partie a trait au problème neuro-chirurgical. Les différentes méthodes sont l'objet d'une critique serrée. Enfin, pour terminer, des données statistiques, du plus grand intérêt, sont fournies.

J.-O. TRELLES.

**Etude clinique de 20 cas d'astrocytomes du vermis chez l'enfant**, par GUY LOISEL. *Gazette Médicale de France et des Pays de Langue française*, n° 3, pp. 133-141, 1<sup>er</sup> février 1935.

Nettement caractérisés par un syndrome d'hypertension et de perturbation cérébello-vestibulaires, les astrocytomes du vermis doivent être opérés précocement, sans rien attendre de la radiothérapie. Le pronostic est favorable. La tumeur, kystique dans la majorité des cas, bien limitée, s'extirpe aisément. Toutes ces considérations font déplorer d'autant plus les erreurs de diagnostic et les négligences, car les accidents évolutifs sont mortels : engagement progressif au niveau du trou occipital, hydrocéphalie interne et compression bulbaire.

P. CARRETTE.

**Paralysie récidivante des nerfs craniens dans la maladie de Quincke**, par J. PINCZEWSKI et W. STEIN (*Warszawskie Czasopismo Lekarskie*, T. XII, nos 27-28 du 25 juillet 1935).

Les auteurs relatent l'observation d'une malade âgée de 22 ans, qui a présenté à deux reprises, en l'espace de trois ans, à l'occasion de poussées d'œdème de Quincke, des troubles multiples mais transitoires, allant jusqu'à la paralysie des V<sup>e</sup>, VI<sup>e</sup>, VII<sup>e</sup> et VIII<sup>e</sup> paires. Ces troubles étaient accompagnés de céphalées et de prostration. L'origine de ces manifestations semble se rattacher à l'œdème angioneurotique de Quincke.

FRIBOURG-BLANC.

**De l'angiomatose du système nerveux central et de la rétine (syndrome d'Hippel-Lindau) en tenant compte en particulier des lésions pancréatiques** (Über Angiomatosis des Zentralnervensystems und der Netzhaut, unter besonderer Berücksichtigung der Pankreasveränderungen), par W. PUTSCHAR. *Münchener Medizinische Wochenschrift*, 1935, n° 27.

L'auteur rapporte 4 observations de maladie d'Hippel-Lindau et insiste en particulier sur les kystes et adénomes kystiques du pancréas, rencontrés dans ces cas. Il rappelle les analogies qui existent entre cette maladie, la maladie de Recklinghausen et la sclérose tubéreuse, et propose de les réunir sous l'étiquette d'« hamartoses » (du verbe grec *ἁμαρτάνειν*, aberrer). La syringomyélie pourrait également rentrer dans ce groupe.

E. BAUER.

**Anosognosie de cécité dans un cas de cysticercose cérébrale**, par M<sup>me</sup> H. JOZ (*Warszawskie Czasopismo Lekarskie*, T. XII, nos 29-30 du 8 août 1935).

L'auteur rapporte l'observation et le compte rendu d'autopsie d'un malade atteint de cysticercose cérébrale. Il présentait de la stase papillaire avec cécité, dont il ne se rendait pas compte. Il n'existait point d'autres troubles psychiques. La localisation topographique de l'anosognosie n'a pas été établie.

FRIBOURG-BLANC.

**Myasthénie bulbo-spinale et paralysies oculaires périodiques**, par Henri SCHAEFFER. *La Presse Médicale*, n° 18, pp. 351-352, 2 mars 1935.

L'étiologie de la myasthénie bulbo-spinale reste obscure. Elle s'associe parfois avec des ophtalmoplégies alternantes et récidivantes dont les rapports avec la myasthénie sont mal définis. M. Schaeffer présente une observation nouvelle. Il signale des migraines dans les antécédents et émet l'hypothèse d'un trouble humoral sous la dépendance d'une intoxication récidivante. L'hérédité syphilitique est évidente, mais elle n'ajoute rien aux tentatives faites pour préciser le mécanisme des accidents. Le traitement ne renseigne pas davantage. Signalons toutefois l'amélioration passagère obtenue par les injections d'extrait cortico-surrénal.

P. CARRETTE.

**Sur les ophtalmoplégies familiales. Un cas d'apparition tardive**, par CROUZON, CHRISTOPHE et Mme BRAUN-VALLON. *La Médecine*, n° 2, pp. 117-122, février 1935.

L'intérêt des ophtalmoplégies familiales réside encore dans la rareté des observations publiées. Le cas actuel est complexe. Il ne s'agit pas, en effet, de syndrome déjà décrit, le ptosis tardif de Dutil, mais d'une dégénérescence importante des noyaux oculaires, secondaire à une méningite fibreuse de la base et des lobes frontaux.

P. CARRETTE.



**Observations de méningiomes cérébraux** (Über Hirnmeningiome in Einzeldarstellungen), par L. PUUSEPP. *Folia Neuropathologica Estoniana*, Vol. XIV, 1935.

L'auteur rapporte 17 observations de méningiomes groupées en : 1) méningiomes des sinus veineux, 6 cas dont 4 du sinus sagittal supérieur, 1 du confluent, 1 du sinus transverse ; 2) méningiomes de la faux du cerveau, 2 cas ; 3) méningiomes de la gouttière olfactive, 2 cas ; 4) méningiomes suprasellaires, 1 cas ; 5) méningiomes de la région sphénoïdale, 2 cas ; 6) méningiomes de la convexité, 3 cas ; 7) méningiomes de l'angle ponto-cérébelleux, 1 cas. Les symptômes cardinaux des tumeurs cérébrales : céphalées, nausées ou vomissements, stase papillaire, hyperalbuminorachie, ont fait défaut même dans des cas de tumeur volumineuse. C'est surtout dans les méningiomes sinusaux, même de petites dimensions, et dans celui de tumeur de l'angle pontocérébelleux que le syndrome était au complet. L'hyperalbuminorachie était de tous les symptômes le plus constamment observé. Les signes de localisation étaient surtout moteurs, sensitifs (sensibilité douloureuse), visuels, irritatifs d'abord, déficitaires ensuite. Les modifications de la paroi crânienne, épaississement, hyperémie, ont contribué au diagnostic dans plusieurs cas. La ventriculographie a rendu des services très précieux pour le diagnostic de localisation et de nature de la tumeur. Celui-ci a pu être fait exactement dans 12 cas sur 17.

La technique opératoire est exposée en détail pour chaque cas. Les résultats des 16 interventions ont été les suivants : dans 14 cas, l'extirpation complète de la tumeur a pu être réalisée ; 4 de ces malades moururent des suites de l'intervention. Il s'agissait des cas les plus graves par suite du grand volume de la tumeur ou du mauvais état général avant l'intervention. Dans plusieurs cas, l'intervention fut faite, avec succès, en 2 ou 3 temps.

E. BAUER.

**Les méningiomes de la petite aile du sphénoïde** (Considérations anatomocliniques), par Marcel DAVID et D. MAHOUEAU. *Gazette Médicale de France et des Pays de Langue française*, n° 3, pp. 111-131, 1<sup>er</sup> février 1935.

Les méningiomes de la petite aile du sphénoïde, les plus fréquents, les plus dangereux par leur début insidieux, leurs bizarreries cliniques et radiologiques ont été longtemps redoutés des chirurgiens à cause des difficultés d'extirpation et d'hémostase. Grâce à la méthode d'électro-coagulation unipolaire, les guérisons sont aujourd'hui nombreuses et définitives.

P. CARRETTE.

**Les arachnoïdites opto-chiasmatiques. Leur diagnostic et les indications thérapeutiques**, par Pierre PUECH et D. MAHOUEAU. *Gazette Médicale de France et des Pays de Langue française*, n° 3, pp. 101-109, 1<sup>er</sup> février 1935.

La diversité étiologique de l'arachnoïdite opto-chiasmatique est un avantage et un inconvénient. L'affection est trop souvent méconnue. La baisse rapide de la vision aboutit à la cécité avec atrophie optique après une otite, un trauma crânien, au cours du diabète ou du rhumatisme. Il faut savoir que, même en cas d'échec du traitement médical, et alors que le malade

est aveugle, l'exploration chirurgicale peut être pratiquée avec plein succès, en particulier dans les cas de méningite kystique.

P. CARRETTE.

**Méningite séreuse évoluant sous forme de tumeur du cerveau**, par V. G. LAZAREV et B. LEIBOVITCH. (*Sovietskaia Psychonevrologia*, T. XI, n° 1, 1935).

Un ensemble de six cas cliniques de méningite séreuse vérifiés à l'autopsie ont permis aux auteurs de souligner les difficultés du diagnostic différentiel avec les tumeurs du cerveau. Dans la plupart des cas observés, il s'agissait de méningo-encéphalite chronique ou subaiguë. Dans d'autres cas, la méningite séreuse était une manifestation de ménégo-pathie.

FRIBOURG-BLANC.

**Contribution à la clinique et à l'anatomie pathologique des méningites infectieuses**, par G. G. SOKOLANSKI et E. N. KOVALOV (*Sovietskaia Psychonevrologia*, T. XI, n° 1, 1935).

L'étude clinique et anatomo-pathologique semble prouver que dans certaines formes de méningite infectieuse avec tendance à la chronicité, il se produit un déplacement de l'activité du processus pathologique de la surface vers la profondeur qui transforme le processus initial en « ventriculite » ou en épindymo ou sous-épindymo-encéphalite ou en choroïdite. Les auteurs soulignent le défaut de parallélisme entre les signes cliniques et l'amélioration apparente des caractères du liquide céphalo-rachidien sous-arachnoïdien. Ce fait s'explique par la différence de propriété du liquide céphalo-rachidien sous-arachnoïdien et celui des ventricules. Cette particularité est due à l'oblitération des trous de Magendie et de Luschka et s'explique par l'existence d'une barrière entre le liquide céphalo-rachidien et le tissu cérébral représenté par la couche glieuse marginale.

FRIBOURG-BLANC.

**La méningite séreuse de la poliomyélite et la méningite tuberculeuse. Cyto-diagnostic différentiel**, par B. TASSOVATZ. *La Presse Médicale*, n° 15, pp. 285-286, 20 février 1935.

Le diagnostic différentiel des méningites à liquide clair est parfaitement possible par le seul examen des résultats de la ponction lombaire, mais à la condition de la répéter en cours d'évolution. En effet, la méningite poliomyélitique peut avoir la même cytologie que la méningite tuberculeuse. La polynucléose du début de l'une ressemble à celle qui marque le déclin de l'autre. Trois ponctions successives lèvent généralement l'hésitation.

P. CARRETTE.

**Un cas de méningite lymphocytaire**, par Laurent PINELLI et Pierre VENTRE. *Provence Médicale*, n° 41, pp. 13-14, 15 février 1935.

Observation curieuse de méningite de cause inconnue, avec lymphocytose importante (112 éléments), guérie immédiatement après le prélèvement du liquide céphalo-rachidien.

P. CARRETTE.

**L'arachnoïdite spinale kystique, cause de compression médullo-radicaire** (La aracnoidis espinal quística como causa de compresion médulo-radicular), par Ramón Soro ROMAY. *La Semana Medica*, n° 2141, pp. 251-260, 24 janvier 1935.

Parmi les causes multiples d'arachnoïdite, l'auteur retient surtout le traumatisme et la tuberculose. Il rapporte trois observations, dans lesquelles le diagnostic précoce, établi dès l'apparition des signes de compression, fut suivi d'une intervention destinée à rétablir la perméabilité du canal rachidien. Le traitement général anti-infectieux peut seul, dans un grand nombre de cas, compléter la guérison et prévenir les récidives.

P. CARRETTE.

**L'étude des fonctions cochléo-vestibulaires dans la maladie de Friedreich et les affections hérédo-dégénératives du même groupe**, par Georges GUILLAIN, P. MOLLARET et M. AUBRY. *Revue Neurologique*. T. LXIII, n° 1, pp. 36-44, janvier 1935.

L'examen des fonctions cochléo-vestibulaires fournit un nouvel argument en faveur de la doctrine uniciste des affections hérédo-dégénératives. Il permet de retrouver, dans des formes cliniques d'aspect assez différent, la même diminution progressive de l'excitabilité vestibulaire, décelée objectivement par l'abolition élective du nystagmus provoqué de forme rotatoire.

P. CARRETTE.

**Un cas de maladie de Friedreich avec atrophie musculaire du type Charcot-Marie** (Un caso de doença de Friedreich com Atrofia muscular Charcot-Marie), par A. BORGES FORTES. *Arquivos Brasileiros de Neuatria e Psiquiatria*. XVIII<sup>e</sup> année, n° 1, pp. 5-12, janvier-février 1935.

Observation à retenir pour deux raisons : elle renferme d'abondants documents sur l'hérédité du sujet et elle apporte une contribution à l'étude des relations de la maladie de Friedreich et de l'atrophie du type Charcot-Marie. La descendance combinée de psychopathes donne des oligophrénies, des surdi-mutités, des tuberculoses et des neuro-scléroses. Le cas renseigne mieux que l'étude d'une forme intermédiaire, c'est une association du syndrome de Friedreich et de celui de Charcot-Marie réalisant le type Gallotti. Les lésions dégénératives atteignent les cornes antérieures, les racines, les nerfs et les muscles.

P. CARRETTE.

**Maladie de Recklinghausen associée à d'autres dysgénésies du système nerveux**, par V. M. SLONIMSKAIA et S. B. BALABAN. *Sovietskaia Psichonevrologia*, T. X, fasc. 5, 1934.

Les auteurs rapportent un cas de maladie de Recklinghausen ayant débuté dans l'enfance, et à laquelle s'est associée une syringomyélie. Le syndrome narcoleptique observé chez la malade est lié à la maladie de Recklinghausen et doit être interprété comme dépendant d'une lésion du mésencéphale, due à un blastome.

Au point de vue de la pathogénie, il faut souligner dans ce processus le

défaut de développement du système nerveux, qui s'étend sur les différentes étapes de son évolution. Il y a donc onto-dysgénésie avec tendance à la blastomatose.

FRIBOURG-BLANC.

**L'étiopathogenèse de la sclérose en plaques** (Sa etiopatogenesi della sclerosi multipla), par Salvatore GULLOTTA. *Rivista di Neurologia*, août 1935, p. 512 à 532.

Excellente revue générale sur la question, très claire et très complète. On y trouvera brièvement exposés les principaux travaux récents dans les divers pays, et notamment les recherches expérimentales des Anglo-Saxons. Bibliographie des plus récents mémoires, depuis 1933.

Henri Ex.

**Le diagnostic précoce de la sclérose en plaques**, par S. JUSTMAN (*Warszawskie Czasopismo Lekarskie*, T. XII, n° 23-24 du 27 juin 1935).

A propos de quatre cas de sclérose en plaques au début, l'auteur fait ressortir l'intérêt que présente, pour le traitement et le diagnostic de cette affection, la connaissance des symptômes initiaux ou précurseurs.

Ces signes peuvent être subjectifs ou objectifs.

Parmi les signes subjectifs, les malades présentent des paresthésies, des engourdissements, des sensations douloureuses ou pénibles diverses, des vertiges, des manifestations oculaires, etc...

Parmi les signes organiques, l'auteur souligne le nystagmus, l'affaiblissement des réflexes cutanés et l'exagération des réflexes tendineux. L'apparition du réflexe de Babinski et de Rossolimo est précédée par l'immobilité des orteils. C'est un des signes les plus constants.

FRIBOURG-BLANC.

**De l'association de la maladie de Basedow à la sclérose en plaques**, M. A.-I. VILKOMIRSKY. *Sovietskaia Psichonevrologia*, T. X, fasc. 5, 1934.

L'auteur décrit un cas de maladie de Basedow associé à la sclérose en plaques. La maladie de Basedow a préparé le terrain à l'évolution de la sclérose multiple. La thyroïdectomie est la seule thérapeutique efficace. En raison du traumatisme mental que cette intervention peut entraîner, elle exige une préparation préalable du malade.

FRIBOURG-BLANC.

**Myélose funiculaire. Considérations cliniques à propos de 2 cas** (Myelose Funicular. Considerações clinicas em torno de dois casos), par Jairos RAMOS. *Revista de Neurologia e Psiquiatria de São Paulo*, T. I, n° 2, pp. 173-195, janvier-mars 1935.

Les deux observations de M. Ramos montrent l'anémie avec anachlorhydrie et colite chronique d'une part, de forme pernicieuse d'autre part, s'associant à des complications nerveuses. Il s'agit bien du syndrome dénommé myélose funiculaire : troubles moteurs pyramidaux, troubles sensitifs tactile et thermique sans participation des sensibilités profondes,

démarche spastique, pas de troubles cérébelleux, pas de signes méningés. Si l'hépatothérapie améliore l'état général et les dysesthésies, elle n'a pas d'influence nette sur l'ensemble des troubles nerveux.

P. CARRETTE.

**Polynévrite tuberculeuse** (Polineuritis tuberculosa), par Carlos F. CARDENAS, Francisco J. MENENDEZ, Emilio SOTO PRADERA, Sidney ORRET et Augustin M. ABRIL. *Archivos de Medicina Interna* (La Habana), T. I, n° 1, pp. 85-95 janvier-février 1935.

La polynévrite des tuberculeux, assez rare en période évolutive, est fréquente dans la cachexie terminale. Elle n'a pas de rapports directs habituels avec l'intensité de la symptomatologie pulmonaire. Ce serait plutôt une localisation nerveuse d'allure toxique. L'intérêt de son étude réside dans la possibilité d'un diagnostic étiologique basé sur le tableau clinique. C'est le type de la polynévrite sensitivo-motrice qu'on observe généralement, mais avec les caractéristiques suivantes : exaltation de la réflectivité rotulienne, hyperréflectivité idio-musculaire, myo-œdème marqué, absence de flaccidité et au contraire tendance à la contracture douloureuse des masses musculaires atrophiées. Cette conception s'appuie sur 3 observations nettes : lésions tuberculeuses pulmonaires et troubles nerveux évoluant favorablement après collapsothérapie dans le premier cas ; installation de la polynévrite au cours d'une poussée bronchopneumonique dans le deuxième cas ; éclosion du syndrome nerveux comme manifestation initiale d'une toxémie bacillaire réveillée, permettant la découverte de lésions cicatricielles des voies respiratoires dans le troisième cas.

P. CARRETTE.

**Les névralgies du trijumeau**, par J. HAGUENAU. *La Presse Médicale*, n° 17, pp. 331-332, 27 février 1935.

Les névralgies faciales, essentielles et secondaires, sont justiciables des calmants analgésiques, et c'est devant leur échec que se pose la question des injections neurolytiques ou des radicotomies plus ou moins complètes. Il existe, en outre, une forme qu'il importe de reconnaître, justement pour ne pas lui appliquer les traitements précédents, c'est la sympathalgie contre laquelle il convient d'associer à la radiothérapie et à la réflexothérapie les procédés habituels de suggestion employés chez les névropathes.

P. CARRETTE.

**Névralgie du glosso-pharyngien et son traitement**, par D. PETIT-DUTAILLIS et P. SCHMITE. *Gazette Médicale de France et des Pays de Langue française*, n° 3, pp. 95-99, 1<sup>er</sup> février 1935.

L'étude clinique de la névralgie du glosso-pharyngien et les résultats des neurotomies ou des radicotomies ont permis de préciser le rôle et la distribution pour certains rameaux de la IX<sup>e</sup> paire crânienne, qui assure la sensibilité pharyngée, partiellement sa motricité, le sens gustatif, la sécrétion salivaire et la voie de certains réflexes, tel le réflexe nauséeux.

P. CARRETTE.



## ANATOMIE

**Dégénérescence amyloïde de la cellule nerveuse : les corpuscules sphériques amyloïdes (Huit microphotos)** par L. MARCHAND. *Ann. d'anat. path. et d'anat. norm. méd. chir.*, janvier 1935, p. 1.

Les corpuscules amyloïdes intracellulaires, décrits d'abord par Lafora, ont été observés dans les syndromes myocloniques. Dans le cas d'épilepsie myoclonique étudié par l'auteur, ils sont peu nombreux dans l'écorce cérébrale, les noyaux caudés, les putamens, le bulbe et la moelle.

Dans l'écorce cérébelleuse, on ne les observe que dans la couche des cellules de Purkinje et dans la couche granuleuse. Par contre, ils sont très nombreux dans les couches optiques, les noyaux dentelés du cervelet et le locus niger.

Ils revêtent deux formes, l'une homogène, l'autre concentrique. Il s'agit d'un processus dégénératif qui entraîne la disparition lente de la cellule nerveuse sans neurophagie, sans réaction névroglique ou microglique.

L. M.

**Nouveau procédé de topographie cranio-encéphalique**, par V. BERTOLA. *Ann. d'anat. path. et d'anat. norm. méd. chir.*, n° 19, décembre 1935, p. 1001.

La ligne médio-sagittale, allant du point sous-nasal à l'inion, est divisée en deux et sa moitié postérieure est subdivisée en trois parties égales.

Chaque tiers, uni au tubercule rétro-orbitaire, détermine les lignes : rolandique, sylvienne et temporo-sinuale.

La scissure de Rolando correspond aux deux tiers supérieurs de la ligne rolandique. La scissure de Sylvius correspond aux deux tiers inférieurs de la ligne sylvienne (en partant de l'intersection de cette ligne avec une perpendiculaire élevée du milieu de l'arcade zygomatique). A ce point d'intersection, on trouve aussi la branche antérieure de l'artère méningée moyenne.

La portion transversale du sinus latéral correspond au tiers postérieur de la ligne temporo-sinuale.

La branche moyenne de l'artère méningée moyenne se trouve à la limite du tiers inférieur et du tiers moyen de la ligne rolandique.

L. MARCHAND.

**Zone de jonction myoneurale ou plaque motrice à l'état normal et dans quelques cas pathologiques**, par R. NOEL et B. POMMÉ. *Ann. d'anat. path. et d'anat. norm. méd. chir.*, juin 1935, p. 621.

La plaque motrice apparaît aux auteurs comme une fibre nerveuse complète, étalée avec tous ses éléments constitutifs à la surface de la fibre musculaire ; elle est une élimination nerveuse et non une simple zone musculaire de réception pour la terminaison du nerf.

La zone de jonction myoneurale à l'état pathologique peut présenter :

- 1° des modifications du chondriome sans altérations musculaires (polynévrite post-diphtérique, syndrome parkinsonien, sclérose en plaques ;
- 2° des altérations du chondriome, allant jusqu'à la disparition de ce

dernier avec altération qualitative de certaines fibres musculaires [séquelles de paralysie post-sérothérapique, myopathies atrophiques progressives, myopathies pseudo-hypertrophiques, séquelles de poliomyélite antérieure aiguë].

L. MARCHAND.

**Sur le mode de terminaison des nerfs sympathiques. Données expérimentales,** par C. UNGAR. *Soc. anat.*, 4 avril 1935. *Ann. d'anat. path.*, avril 1935, p. 473.

Le sympathique semble posséder une action double : excitatrice et inhibitrice.

La section et la régénérescence des nerfs sympathiques, non seulement n'entraînent pas la paralysie des organes, mais l'automatisme de ceux-ci est exalté. L'étude de l'inversion d'action de l'adrénaline et du sympathique permet de concevoir l'appareil de transmission, appareil intermédiaire qui mettrait en relation chaque neurone sympathique avec un appareil excitateur et un appareil inhibiteur. Au moment de l'excitation des nerfs, les deux appareils seraient stimulés, mais à des degrés divers.

L. MARCHAND.

**Sur les rapports des appareils périphériques vasodilatateurs avec les terminaisons nerveuses sensibles d'après la conception de la transmission humorale histaminique,** par C. UNGAR. *Soc. anat.*, 2 mai 1935. *Ann. d'anat. path.*, mai 1935, p. 586.

En dehors de ses deux systèmes, sympathique et para-sympathique, l'appareil nerveux de la vie végétative comprend une troisième catégorie d'éléments encore inconnus, dont l'importance physiologique et pathologique est considérable.

Le premier fait est la vasodilatation consécutive à l'excitation du bout périphérique des racines postérieures, le stimulus étant conduit dans le sens opposé à celui de l'influx habituel. Le second fait est l'existence de phénomènes réflexes au niveau d'organes privés de leur connexion avec des centres nerveux connus. Ces influx dits « antidromiques » seraient conduits par des éléments spéciaux. En agissant sur le bout périphérique d'un nerf sensitif tel que le nerf crural du chien, l'auteur a constaté la mise en liberté de l'histamine, qui constituerait ainsi l'agent de transmission neuro-humoral de ces phénomènes paradoxaux.

L. MARCHAND.

**Physiopathologie et syndromes anatomo-cliniques du lobe pariétal (Fisiopatología y síndromes anatómo-clínicos del lóbulo parietal),** par Roque ORLANDO. *La Semana Médica*, n° 2138, pp. 11-29, 3 janvier 1935.

Il est difficile de présenter des syndromes précis en rapport avec des lésions circonscrites du lobe pariétal. La systématisation fonctionnelle de cette région est encore trop peu connue dans certaines zones. On différencie les lésions du pli courbe, de l'artère du sillon inter-pariétal, de la région insulo-capsulaire, etc., mais il est probable qu'elles correspondent à des syndromes d'attente. Plus fécondes en résultats d'ensemble, les recherches sur la valeur de certains centres et de certains faisceaux d'association paraissent devoir

aboutir à fixer le mécanisme des agnosies motrices dénommées apraxies et dyspraxies, en particulier de celles qui proviennent de troubles des représentations visuelles, les apraxies optiques.

P. CARRETTE.

**L'hypothalamus chez l'homme et chez le chien**, par G. ROUSSY et M. MOSINGER. *Revue Neurologique*. T. LXIII, n° 1, pp. 1-35, janvier 1935.

Le point de vue embryologique du problème de l'hypothalamus a été exposé par MM. Roussy et Mosinger à la XIV<sup>e</sup> Réunion Neurologique internationale (5-6 juin 1934). Cette étude aboutit à la séparation de la région sous-optique en 2 parties, l'hypothalamus proprement dit et la série des noyaux internes et préoptiques d'origine télencéphalique. L'importance des discussions ouvertes depuis 15 ans sur la physiologie des régions sous-optiques, péri-ventriculaires et infundibulo-tubériennes justifie pleinement les travaux d'anatomie comparée destinés à préciser la constitution de l'hypothalamus chez l'homme et chez les animaux choisis par les expérimentateurs pour étayer leurs théories. Il y a certes des différences structurales évidentes, mais l'analogie est frappante entre les connexions de l'hypothalamus humain et celles du chien, analogie qui autorise l'application à la pathologie des résultats obtenus par les recherches expérimentales.

P. CARRETTE.

**Les altérations des noyaux de la base et de l'hypothalamus dans l'alcoolisme** (Circa le alterazioni dei nuclei della base e dell'ipotalamo nell'alcoolismo cronico), par A. CACCHIONE (Rome). *Rivista di Neurologia*, octobre 1935, p. 620 à 638.

Reprenant les études de Gamper et Neubürger, l'auteur a procédé à un examen histologique des noyaux de la base et de l'hypothalamus de six alcooliques chroniques (delirium tremens, démence alcoolique, états confusionnels). Il a trouvé, comme Marchand et Courtois qui ne sont pas cités, des altérations dans le thalamus (intense prolifération névroglique). Il a noté également des lésions des tubercules quadrijumeaux et dans le pallidum, mais en revanche, contrairement aux recherches de Neubürger, il n'a pas rencontré de lésions des corps mamillaires.

Henri Ex.

**Note sur les faits anatomo-cliniques concernant les centres cortico-oculogyres**, par G.-E. JAYLE. *Soc. anat.* 4 Juillet 1935 et *Ann. d'anat. path.*, juillet 1935, p. 878.

Les classiques admettent deux centres cérébraux ayant pour rôle de commander aux mouvements conjugués des globes oculaires :

1° un centre frontal siégeant dans la région du pied de la 2<sup>e</sup> circonvolution frontale ;

2° un centre occipital. L'existence d'un troisième centre au niveau du pli courbe a été admise également. Passant en revue les faits anatomo-cliniques, les faits physiologiques, l'auteur conclut que la théorie classique des centres oculogyres est fausse.

L. MARCHAND.

**Contribution à l'étude anatomo et physio-pathologique des infarctus du poumon d'origine embolique. Le rôle du système nerveux vaso-moteur,** par J. DELARUE, L. Justin BESANÇON et P. BARDIN. *Ann. d'anat. path. et d'anat. norm. méd. et chir.*, juin 1935, p. 681.

Production expérimentale chez le chien d'infarctus pulmonaires par l'introduction dans la veine jugulaire de corps embolisants (perles d'émail, perles de paraffine).

L'existence très précoce de phénomènes d'œdème, de diapédèse leucocytaire, de métamorphose macrophagique et de multiplication des éléments pariéto-alvéolaires, l'infiltration hémorragique de la paroi des vaisseaux dans le territoire de l'infarctus plaident en faveur de la survenue brusque d'une vaso-dilatation capillaire. La section du tronc vago-sympathique gauche chez le chien, la section unilatérale du pneumogastrique, du sympathique et des nerfs de Lyon chez le lapin, la section chez le lapin du pneumo-gastrique au cou et l'excitation chimique du tronc du sympathique cervical peuvent provoquer de véritables foyers apoplectiques. Les auteurs trouvent dans ces faits un argument en faveur de la thèse que l'infiltration hémorragique du parenchyme pulmonaire est surtout l'effet d'une brusque vaso-dilatation capillaire, d'origine nerveuse, réflexe, dans un territoire limité.

L. MARCHAND.

**Un cas de paraplégie obstétricale avec myélomalacie,** par G. HØRNER. *Ann. d'anat. path. et d'anat. norm. méd. chir.*, n° 19, décembre 1935, p. 1049.

La dystocie maternelle ou fœtale conduit très fréquemment à l'hémorragie méningée chez l'enfant. Les lésions médullaires sont rares. Dans cette observation de paraplégie post-obstétricale, la survie fut d'un mois. Les différents étages de la moelle étaient atteints, d'une part par des séquelles d'hémorragies méningées, d'autre part par une nécrose des cordons postérieurs et une destruction complète de la moelle dorsale terminale et de la moelle lombaire.

L'auteur admet que la myélomalacie est d'origine ischémique ; l'ischémie serait due à l'étranglement des vaisseaux nourriciers par la sclérose, séquelle d'hémorragies obstétricales. L'étude de ces lésions fait penser à la possibilité d'un lien génétique entre ces nécroses systématisées et certaines syringomyélies.

L. MARCHAND.

**Contribution à la pathologie de la dure-mère spinale (Hématome et pachy-méningite interne spinaux),** par E. RUTISHAUER. *Ann. d'anat. path. et d'anat. norm. méd. chir.*, janvier 1935, p. 51.

Etude de trois cas comparables d'affections dure-mériennes. Dans le premier, hématome dure-mérien en voie de résorption survenu chez un nouveau-né dès après l'accouchement ; aucune lésion apparente des méninges ou des artères. Dans le second, pachy-méningite chronique des lames cérébrale et spinale chez une fillette de neuf mois. Dans le troisième, hémorragie développée au niveau de la queue de cheval chez une femme de 62 ans et due à une pachyméningite. Discussion sur les diagnostics d'hématome sous-dural (traumatique) et de pachyméningite vraie.

L. MARCHAND.

**Quelques considérations sur les éléments constitutifs d'un adéno-épithéliome métastatique de la dure-mère. Rôle de la microglie,** par G. MARINESCO et M. GOLDSTEIN. *Ann. d'anat. path. et d'anat. norm. méd. chir.*, février 1935, p. 101.

Tumeur métastatique de la dure-mère d'un aspect adéno-épithéliomateux, chez une femme qui avait été opérée quelques années auparavant pour un néoplasme du sein. L'étude histologique de la tumeur montre la présence de la microglie dans ce néoplasme, qui n'a pas son point de départ dans la substance cérébrale.

Cette constatation plaide en faveur de l'opinion, d'après laquelle la microglie est d'origine mésodermique et a un pouvoir migrateur.

L. MARCHAND.

**Toutes les méningites : générales, idiopathiques — partant les méningites épidémiques, purulentes simples et tuberculeuses — sont plexogènes** par K. LEWKOWICZ. *Bulletin international de l'Académie Polonaise des sciences, et des lettres*, nos 3-4, 1935, p. 69-88.

Se basant sur l'examen des préparations provenant de deux cas très précoces de méningite épidémique, puis sur quelques cas de méningite purulente simple, enfin sur les lésions constatées dans un cas de méningite tuberculeuse, l'auteur arrive aux conclusions suivantes : Les méningites cérébro-spinales générales, idiopathiques, c'est-à-dire les méningites se développant par suite de la dissémination des microbes par voie sanguine, sont la conséquence de l'évolution dans les plexus choroïdes de petits foyers métastatiques s'ouvrant ensuite dans la lumière des ventricules et ensemençant ainsi les microbes dans le liquide céphalo-rachidien, qui les emporte et les dissémine dans l'espace sous-arachnoïdien. Entrent avant tout en ligne de compte les foyers métastatiques se formant primitivement comme thrombus infectieux de petits vaisseaux dans les villosités, car ils peuvent s'ouvrir presque immédiatement après leur formation. Des foyers semblables, issus de petits vaisseaux de la base des plexus, sont beaucoup moins nombreux et l'ouverture de l'abcès dans les ventricules survient alors relativement tard.

La source principale de l'ensemencement des bacilles dans la méningite tuberculeuse gît dans les tubercules des villosités qui subissent une désintégration très rapide pendant laquelle on voit se détacher du tubercule, non seulement des lambeaux de son tissu, mais encore des cellules géantes tout entières.

Dans cette pathogénie des méningites, il devient tout à fait superflu d'admettre, ou une susceptibilité spéciale des méninges pour l'infection, ou une affinité élective des microbes pour les méninges.

FRIBOURG-BLANC.

**Les plexus choroïdes dans la paralysie générale,** par M.-B. UBALDO. *Rassegna di Studi Psichiatrici*, janvier 1935.

L'auteur a examiné les plexus choroïdes de quinze paralytiques généraux. Il y a remarqué des lésions très caractéristiques et spécialement une infiltration avec présence d'une très grande quantité de plasma-cellules ainsi qu'une grande quantité de pigment ferrique qu'on trouve dans le tissu



conjonctif et dans les cellules épithéliales. Dans deux cas, il a constaté une véritable soudure entre les plexus choroïdes et la paroi du ventricule.

P. ABÉLY.

**A propos de la distribution des pigments neuroferriques dans l'encéphale des paralytiques généraux** (Circa la distribuzione dei pigmenti neurosiderinici nell'encefalo dei dementi paralitici), par Carlo PANARA (Rome). *Rivista di neurologia*, août 1935, p. 439 à 455.

Ces pigments se trouvent dans la paralysie générale en grande abondance dans l'écorce et en moindre quantité dans les noyaux de la base ; parfois, mais très rarement dans le cervelet, la protubérance et le bulbe. Les recherches bien conduites et clairement exposées ont porté seulement sur cinq cas. L'article est intéressant par l'exposé des recherches sur le fer dans les formations nerveuses.

Henri Ey.

**Les particularités anatomo-pathologiques de la paralysie générale étudiées en tenant compte des formes cliniques et de l'impaludation** (Die pathologisch anatomischen Besonderheiten der progressiven Paralyse unter Berücksichtigung der Klinischen Befunde und der Malariaabhandlung 540 cas), par M. GUREWITSCH (de Moscou). *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, XXXV, 2, 1935.

Les recherches anatomopathologiques sur la paralysie générale ont acquis une actualité nouvelle due à sa transformation clinique manifeste et aux répercussions profondes qu'ont sur sa formule lésionnelle les méthodes modernes de son traitement, l'impaludation en particulier. Depuis des années l'auteur a pratiqué l'examen histologique des cerveaux de tous les malades décédés à l'asile d'aliénés Kaschtschenko, de Moscou. Ainsi aucun cas de paralysie générale, y compris les plus atypiques, n'a échappé au diagnostic anatomo-pathologique. Les résultats démontrent les rapports étroits qui existent entre l'aspect des lésions et les formes cliniques. A chacune de ces formes, ainsi qu'aux différents degrés d'intensité du processus clinique, répond un type lésionnel ; aux aspects atypiques correspond une image anatomo-pathologique atypique. Toutefois cette règle comporte des exceptions. Il faut penser à l'influence sur l'aspect des lésions de ces recrudescences brusques du processus avant la mort, et à celle qu'ont sur l'aspect clinique des facteurs autres que la méningo-encéphalite elle-même : état somatique, personnalité prépsychotique, etc. Quant à l'impaludation, elle fait dévier le processus anatomo-pathologique dans un sens atypique autant qu'elle déforme l'évolution clinique. Mais des discordances sont constatées ; l'intensité et l'aspect des lésions trouvées ont été parfois en désaccord avec le résultat du traitement.

E. BAUER.

**Contribution clinique et anatomique à l'étude de la maladie de Pick** (Klinische und anatomische Beiträge zur Pickschen Krankheit), par E. BECKER. *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, Vol. 92, 2, 1935.

L'auteur rapporte une observation de maladie de Pick, avec lésions diffuses de toute l'écorce et des noyaux gris ; les lésions sont toutefois plus intenses dans les lobes frontaux et temporaux ; des phénomènes logocloni-

ques très prononcés sont en rapport, probablement, avec la destruction presque entière du noyau caudé. Il s'agissait d'un sujet de 80 ans ; la maladie avait évolué depuis douze ans. L'auteur oppose à cette observation une autre avec atteinte exclusive des lobes temporaux. Il insiste sur la nature spécifique des lésions de la maladie de Pick, maladie autonome.

E. BAUER.

**Anatomie pathologique du parkinsonisme post-encéphalitique**, par S. MESSING (*Nowiny Psychjatryczne*, T. XII, fasc. 1-1, 1935).

En se basant sur un matériel de 7 cas de parkinsonisme post-encéphalitique, l'auteur étudie l'anatomie pathologique de cette affection. Il conclut que les lésions sont les plus accentuées au niveau du locus niger et peuvent aller jusqu'à la destruction cellulaire complète. Le pallidum, la région sous-thalamique, les centres végétatifs du 3<sup>e</sup> ventricule, le néostriatum, les noyaux de la III<sup>e</sup> et IV<sup>e</sup> paire, le faisceau longitudinal postérieur, les noyaux végétatifs de la X<sup>e</sup> paire, et certains points bulbaires sont moins atteints. Les olives bulbaires et le cervelet présentent souvent des lésions. Par contre, le cortex est relativement épargné. Les infiltrations péri-vasculaires indiquent que le processus inflammatoire n'est pas éteint.

FRIBOURG-BLANC.

## BIOLOGIE

**Le sommeil et la veille au cours du cycle vital de l'homme**, par le Prof. J. MAZURKIEWICZ. *Rocznik Psychiacyjny*, T. XXV, 1935, p. 37-53.

Le sommeil presque continu du nouveau-né est le prolongement de l'état fœtal. Le nouveau-né ne sort de cet état de sommeil qu'à la suite de l'action de stimuli, qui peuvent être bien différents quant à leur origine, mais qui tous ont un caractère commun : ils sont toujours désagréables. L'enfant se réveille quand son « centre thalamique de l'affectivité protopathique » (Head) est mis en jeu par ces stimuli. L'action de ce centre est donc opposée à l'action inhibitrice des centres hypnogènes et si, pour provoquer l'état de veille chez l'enfant dont l'écorce cérébrale est encore inactive, il n'y a qu'un seul mécanisme, celui de l'action des stimuli désagréables, pour provoquer chez lui le sommeil il y a deux mécanismes : l'action des centres hypnogènes d'un côté et l'inhibition du centre thalamique de l'autre. C'est pourquoi l'anencéphale décrit par Edinger et Fischer, chez qui les couches optiques faisaient défaut, ne sortait pas de l'état de sommeil.

L'activité psychique, c'est-à-dire l'activité de l'écorce cérébrale, devient, au cours de son évolution, le deuxième facteur énergétique qui peut s'opposer à l'action des centres hypnogènes. Ce n'est plus l'affectivité protopathique, mais l'affectivité intellectualisée qui entre ici en jeu comme une nouvelle force antagoniste de l'action inhibitrice des centres hypnogènes. C'est donc l'activité centrale qui raccourcit les périodes de sommeil, prolonge les périodes de veille et change, au cours du cycle vital de l'homme, le rythme polyphasique de ces états de l'enfance en rythme monophasique chez l'homme adulte.

FRIBOURG-BLANC.

**Nouvelles recherches expérimentales sur les centres encéphaliques de régulation des fonctions végétatives** (Ulteriori ricerche sperimentali sui centri encefalici di regolazione delle funzioni vegetative), par L. RICCITELLI (Pérouse). *Rivista di Patol. nerv. e mentale*, mai-juin 1935, p. 499 à 544.

Travail expérimental abondamment illustré, sur les centres bulbo-mésencéphaliques et dont l'intérêt principal réside dans l'action de diverses substances pharmacodynamiques et d'extraits glandulaires portés directement, au contact des formations nerveuses. Les expériences faites par Riccitelli et ses élèves ont porté sur des lapins. Il s'agissait d'établir les modifications de la motilité gastrique, des électrocardiogrammes, des éléments sanguins, de la vitesse de sédimentation, de la régulation thermique, de la réserve alcaline, des taux de calcium et de potassium, d'urée et de la cholestérine après des interventions traumatisantes et après des injections sous-corticales ou transcérébrales de diverses substances (histamine, adrénaline, insuline, thyroxine, etc.). Cette série d'expériences, intéressante, comprend également l'étude de telles altérations sur des crises anaphylactiques. Ces dernières recherches ont donné des résultats négatifs. Dans l'ensemble, l'expérimentation exposée dans ce travail ne manque ni d'originalité, ni de fécondité.

Henri Ey.

**Influence du système vestibulaire sur la pression artérielle**, par RUBINSZTEIN (*Warszawskie Czasopismo Lekarskie*, T. XII, n° 35 du 19 Septembre 1935, p. 640-642, et n° 36 du 26 septembre 1935, p. 665-668).

En conclusion d'une étude expérimentale faite sur des lapins, l'auteur souligne que l'excitation du labyrinthe par le courant galvanique ou par un facteur calorique produit une chute transitoire de la pression artérielle. Cet abaissement de la pression sanguine se produit simultanément avec le nystagmus, mais persiste plus longtemps. La section bilatérale du pneumogastrique au niveau du cou n'abolit pas l'action labyrinthique sur la pression sanguine.

FRIBOURG-BLANC.

**Recherches sur le métabolisme chez l'homme avant et pendant la morphinisation** (Stoffwechseluntersuchungen am Menschen vor und während der Morphinverabreichung), par H. BIRKHÄUSER. *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, XXXV, 2, 1935.

L'auteur rapporte les résultats de ses recherches sur 5 malades, aliénés chroniques, soumis à la morphinisation expérimentale. Il a constaté les modifications suivantes : hypoglycémie insulinique plus intense dans quatre cas ; hyperglycémie adrénalinique diminuée dans trois cas ; action albuminique dynamique-spécifique fortement diminuée dans deux cas ; glycogène du sang augmenté dans quatre cas, diminué dans un cas ; élimination hydrique rénale ralentie dans quatre cas avec diminution du pouvoir de dilution dans tous les cas et du pouvoir de concentration dans deux cas. Le Ca du sang a été augmenté au bout de 4 mois. Les érythrocytes et le taux de l'hémoglobine montrent une tendance à la diminution. Le poids a baissé dans trois cas, est resté stationnaire dans deux cas. Les résultats n'ont pas été concluants en ce qui concerne la sédimentation globulaire, la glycémie d'origine alimentaire, la pression du sang.

E. BAUER.

**Des modifications de l'état affectif en cas de déviation de l'équilibre acidobasique** (Über Aenderungen der seelischen Stimmungslage bei Verschiebungen des Säurebasengleichgewichtes). par F. HOFF. *Münchener medizinische Wochenschrift*, 1935, n° 37.

Des états d'acidose d'origine expérimentale ou thérapeutique ont été accompagnés de phénomènes marqués de dépression. L'auteur cite entre autres son auto-observation. Un état d'alcalose a été accompagné par contre d'euphorie et d'excitation psycho-motrice. L'auteur établit des parallèles avec les manifestations dépressives coexistant avec l'acidose des périodes prémenstruelle et menstruelle au début et des maladies fébriles à la période d'état, et avec les tendances euphoriques de la période de convalescence des maladies fébriles qui est accompagnée d'alcalose. Il signale les rapports étroits qui existent entre l'acidose, la leucocytose avec neutrophilie, l'ascension thermique et la réaction sympathicotonique d'une part, l'alcalose, l'hypoleucocytose, la chute thermique et la vagotonie d'autre part. Or des phénomènes de cet ordre sont observés en psychiatrie.

E. BAUER.

**Recherches sur la réaction de Donaggio en psychiatrie**, par G. CIAFALONI. *L'ospedale Psichiatrico*, janvier 1935.

D'après l'auteur, la réaction de Donaggio (phénomène d'obstacle) est positive dans des cas très particuliers de maladies mentales. Elle pourrait servir dans certains cas, et en particulier dans l'épilepsie, à dépister la simulation.

P. ABÉLY.

**La réaction de Donaggio dans les urines**, par CIAMPI et BRUNO (*Revista de Medicina legal y jurisprudencia medica*, Tome I, n° 3, septembre 1935).

Le professeur Donaggio, de Modène, a présenté en janvier 1931, une nouvelle réaction pouvant se pratiquer sur l'urine, le liquide céphalo-rachidien et les autres liquides organiques, basée sur la précipitation d'un colorant basique d'aniline sous l'action du molybdate d'ammonium. Normalement, il y a en quelques heures action précipitante du principe colorant et le liquide qui surnage est complètement incolore. Cependant, dans de multiples états pathologiques accompagnés en particulier d'un processus fébrile, l'action précipitante du molybdate ne se produit pas et Donaggio a donné à cette propriété d'inhibition le nom de phénomène d'obstacle.

Après avoir indiqué la technique et le mécanisme de la réaction, les auteurs rapportent les résultats obtenus sur des urines provenant de sujets en état de profonde préoccupation émotionnelle, de joueurs de football, d'ouvriers maçons et d'employés aux écritures. Le phénomène de Donaggio est constamment positif dans les urines des travailleurs physiques ; l'intensité de la réaction est directement proportionnelle à l'intensité de l'effort musculaire. L'entraînement atténue l'intensité de la réaction. Les états émotifs de longue durée donnent une réaction positive, mais son intensité est toujours inférieure à celle qui s'observe après une fatigue musculaire. On peut donc considérer le phénomène d'obstacle de Donaggio comme un véritable réactif de la fatigue, et il peut être d'une grande utilité en médecine sportive comme en pédagogie.

LAUZIER.

**Polyglobulie et psychonévroses hystériques**, par G. BRAVETTA. *Note et Revista di Psichiatrici*, février 1935.

L'auteur décrit longuement un cas clinique chez lequel on rencontre une polyglobulie et un syndrome hystérique. En partant de cet exemple et en rappelant des résultats identiques chez d'autres auteurs, M. Bravetta émet l'hypothèse qu'il existe une étiologie unique des deux entités nosologiques et qu'elle réside dans l'altération des noyaux de la base.

P. ABÉLY.

**Le brome sanguin dans les psychoses** (Blood Bromine in the Psychoses), par T. J. HENNELLY et E. D. YATES. *The Journal of Mental Science*. T. LXXXI, n° 332, pp. 173-183, janvier 1935.

La valeur de la recherche du brome sanguin n'est pas encore nettement fixée. Les proportions faibles (0,6 à 2 mgr. %), l'extrême variabilité des quantités contenues dans les produits alimentaires ingérées rendent toute appréciation délicate. Chez la femme, le niveau du brome peut être extrêmement abaissé (0,25) en dehors de tout état pathologique. D'ailleurs, les modifications du taux ne sont pas en corrélation avec les transformations mentales bien que dans la plupart des cas, ce taux soit abaissé dans l'oligophrénie, la schizophrénie, les délires chroniques et la psychose intermittente. Les auteurs notent que la base des fluctuations du brome n'est pas exogène, mais qu'elle dépend du mode de distribution des bromures dans le sang et dans les tissus.

P. CARRETTE.

**Les variations du brome sanguin pendant la crise oculogyre du parkinsonisme post-encéphalitique** (Il comportamento del bromo ematico durante le crisi oculogyre del Parkinson post-encefalitico), par Giuseppe ARAGONA (Reggio Calabria). *Rivista di Pato-nevosa e mentale*, janvier-février 1935, p. 64 à 68.

Brève note, confirmant les recherches de Curti (1934). Sur deux sujets parkinsoniens post-encéphalitiques, l'auteur a dosé le brome sanguin pendant les crises oculogyres. Il a trouvé une hyperbromhémie (7 au lieu de 6).

Henri Ey.

**L'augmentation du brome sanguin en rapport avec les crises d'épilepsie**, par Giuseppe CURTI. *Rassegna di Studi Psichiatrici*, février 1935.

L'auteur affirme, comme conclusion à des travaux antérieurs, que les modifications du brome dans le sang sont réellement associées au déterminisme des crises d'épilepsie.

On trouve les augmentations considérables de brome sanguin pendant l'état de mal épileptique et dans les crises oculogyres.

P. ABÉLY.

**Le métabolisme de l'eau dans l'épilepsie**, par A. NERI. *Rassegna di Studi Psichiatrici*, janvier-février 1935.

Etudiant l'épreuve de la diurèse fractionnée, l'auteur arrive aux conclusions suivantes : « Les troubles de l'élimination de l'eau doivent être



considérés comme des sympathoses sécrétoires de l'appareil urinaire ; ils sont insuffisants pour être considérés comme une cause étiologique de l'épilepsie, cela en raison de leur extrême variabilité d'un jour à l'autre chez le même sujet et de l'intégrité habituelle de l'appareil rénal et extra-rénal. »

P. ABÉLY.

**La méthode de Hartung pour la recherche du bacille de la tuberculose dans les maladies mentales**, par A. ANSCURI. *Rassegna di Studi Psichiatrici*, février 1935.

L'auteur décrit la méthode de Hartung, qui permet la recherche du bacille de Koch dans l'eau de lavage de l'estomac. Ce procédé permet de faire d'utiles recherches bactériologiques chez des malades mentaux dont on ne peut obtenir d'expectoration.

P. ABÉLY.

**A propos de la valeur des variations du tryptophane dans le serum sanguin des malades mentaux** (Circa il valore del comportamento del triptofano nel siero di sangue di malati mentali) par Antonio CAMPANA (Florence). *Rivista di Patologia nervosa e mentale*, janvier-février 1935, p. 69 à 86.

De ses recherches méthodiques sur le taux de la tryptophanhémie, dosé par la méthode de Néri et ayant porté sur 43 sujets normaux, 46 confus, 29 déments précoces, 52 maniaco-dépressifs et 48 paralytiques généraux, l'auteur parvient aux conclusions suivantes : seuls les états confusionnels et la paralysie générale ont modifié la valeur du sang en tryptophane — la paralysie générale notamment paraît provoquer les taux les plus élevés (de 0,15 à 0,20, la normale étant de 0,12 en moyenne). — Le taux de tryptophane n'aurait pas de valeur pronostique.

Henri Ey.

**Les relations entre la cholestérinémie et la cholestérinorachie** (Über die Beziehungen zwischen Blutcholesterin und Liquor cholesterin), par F. PLAUT et H. RUDY (de Munich). *Zeitsch. f. d. g. Neuro. und Psych.*, Tome CXLVI, p. 262 à 276.

De diverses épreuves sur la perméabilité méningée et la comparaison des variations de la cholestérine du sang et du liquide, les auteurs concluent que les taux pathologiques de cholestérinorachie sont imputables aux conditions propres du système nerveux et du liquide, indépendantes de la cholestérinémie.

Henri Ey.

**Considérations sur le taux de cholestérine du liquide céphalo-rachidien** (Unter suchungen über den Cholesteringehalt des Liquor cerebro-spinalis), par F. PLAUT et H. RUDY (Munich). *Zeitsch. f. d. g. Neuro. und Psych.*, Tome CXLVI, p. 229 à 261.

Ce travail, conduit avec une rigueur scientifique remarquable, est fondé sur des dosages de cholestérine pratiqués par une méthode originale, minutieusement décrite, sur 230 liquides. Le taux normal est de 0,2 milligram-

mes %. Dans les affections artériopathiques et séniles (22 cas), il y a augmentation (jusqu'à 0,5). Dans l'épilepsie (28 cas), seulement dans 2 cas, il y a eu des variations au cours ou après la crise (0,35-0,45) chez des sujets qui déjà dans l'intervalle des crises avaient des taux de 0,4 et 0,3. Dans la schizophrénie (34 cas), légère augmentation (0,3 ou 0,35) dans 7 cas. Chez les syphilitiques (17 cas), sans altérations de la formule humorale, taux normal, légère augmentation chez les autres (9 cas), légère augmentation dans un cas jusqu'à 0,6). Chez les paralytiques généraux non traités (28 cas), augmentation chez les malarisés (11), deux seulement avaient un taux un peu élevé. Dans dix cas de tabès légère élévation. Dans cinq cas de sclérose en plaques, taux normal. Dans 4 cas de tumeur cérébrale, forte augmentation ; comme dans 7 cas de méningite.

Henri Ey.

**Des cellules cancéreuses dans le liquide céphalo-rachidien** (Über Karzinomzellen im Liquor cerebrospinalis), par H. BERTHA. *Monatsschrift für Psychiatrie u. Neurologie*, Vol. 91, fasc. 1<sup>re</sup>, 1935.

Dans un cas de cancer métastatique des méninges et dans un autre des centres cérébraux, le liquide céphalo-rachidien s'est montré riche en cellules cancéreuses. Celles-ci n'apparaissent dans le liquide qu'à un stade avancé de l'évolution du cancer, dont la propagation par voie liquidienne ne doit être admise que dans le cas de l'extension d'un cancer cérébral aux méninges. A propos de trois autres cas, l'auteur discute le problème de la production des métastases encéphaliques et méningées des cancers somatiques. Les voies lymphatiques péri et endoneurales servent de voie de propagation jusqu'à l'entrée du canal rachidien, à partir de là c'est la voie sanguine qui est empruntée.

E. BAUER.

**Recherches électro-myographiques dans le parkinsonisme** (Ricerche elettromiografiche nel parkinsonismo), par E. MISEROCCHI (Milan). *Rivista di neurologia*, octobre 1935, p. 639 à 660.

Les expériences ont été pratiquées à l'aide d'électrodes coaxiales en connexion avec des appareils amplificateurs à valvule thermoionique et avec l'oscillographe de Matthews. Leur but était d'étudier l'activité électrique des muscles des parkinsoniens. L'article contient la photographie de 25 électromyogrammes, pris sur le triceps et quelques-uns sur le biceps durant les diverses phases de la contraction (repos, tremblement, mouvements volontaires). Chez le parkinsonien, qu'il a pu observer au repos, après qu'il a été invité à cesser la contraction volontaire, l'oscillographe continue à enregistrer des oscillations rythmiques de potentiel pendant une durée supérieure de ce qui se passe chez le normal. Parfois, cette « activité posthume » se prolonge jusqu'à deux minutes. La confrontation de tracés obtenus pendant le tremblement involontaire et ceux de la contraction volontaire, on se rend compte de la parfaite analogie (perfetta somiglianza) des électrogrammes. Cependant, dans le parkinsonisme, ces manifestations électriques chez le sujet normal sont l'expression d'une contraction modérée qui diffère du tétanos physiologique seulement par l'intensité. C'est ce fait qui peut servir de base de l'interprétation du tremblement. Le caractère de continuité de la contraction modérée de l'individu normal serait

due au fait que dans chaque moment du temps les contractions seraient en nombre suffisant pour maintenir le muscle dans une position déterminée. Mais si dans les conditions pathologiques l'influx tonique, au lieu d'entrer en action phasique dans le temps, tend à se synchroniser le caractère de continuité est rompu. Durant la contraction volontaire qui abolit le tremblement parkinsonien, l'entrée en activité de nouvelles unités motrices et l'augmentation de la fréquence de contraction font disparaître le caractère discontinu. L'étude de l'hypertonie musculaire n'a pas pu être abordée, elle paraît constituer une forme de contraction modérée, l'assise sur laquelle s'inscriraient les secousses du tremblement. L'auteur de ce travail méthodique qui n'est, dit-il, qu'une note préliminaire, donne quelques références bibliographiques très récentes.

Henri Ey.

### THÉRAPEUTIQUE

**Une méthode de traitement de la schizophrénie par l'insuline**, par L. BARANOWSKI, J. BORYSOWICZ, MARZYNSKI, A. OSSENDOWSKI, J. PARADOWSKI et S.-T. WITEK (*Warszawskie Czasopismo Lekarskie*, T. XII, nos 29-30 du 8 août 1935).

Essai de traitement par choc insulinique fait sur 19 malades atteints de schizophrénie avancée. Chaque malade est soumis à 30 heures environ d'hypoglycémie avec des doses moyennes variant de 100 à 150 unités. La méthode peut être dangereuse, particulièrement dans le collapsus convulsif, mais elle mériterait d'être expérimentée, surtout dans la schizophrénie moins désespérée que dans les cas qui ont servi aux auteurs.

FRIBOURG-BLANC.

**Le traitement de la schizophrénie par l'insuline** (Die insulinbehandlung der schizophrénie), par H. STRECKER. *Münchener medizinische Wochenschrift*, 1936, n° 16.

L'auteur résume dans cet article les impressions recueillies pendant un séjour à la Clinique psychiatrique de Vienne, où la méthode de Sakel est systématiquement appliquée. L'efficacité de la méthode est indiscutable. La proportion et l'intensité des rémissions sont frappantes. Sur 102 malades traités depuis 1933, 54 ont pu reprendre leurs occupations professionnelles et n'ont pas eu de rechute. Aucune méthode de traitement de la schizophrénie n'a donné des résultats comparables. Les risques de la méthode sont minimes à condition d'observer toutes les précautions, et pour cela la lecture du travail original de Sakel est indispensable. Quant au mécanisme d'action du traitement, il est encore inconnu ; le choc proprement dit ne paraît pas en être le facteur essentiel.

E. BAUER.

**Le traitement de la schizophrénie par le choc hypoglycémique** (Schizophrénietherapie durch hypoglykämischen Schock), par W. EDERLE. *Münchener medizinische Wochenschrift*, 1936, n° 3, p. 121.

Les premiers essais de traitement par le choc insulinique, chez 15 malades de la Clinique psychiatrique de Giessen, ont donné des résultats encou-

rageants : rémissions produites avec une rapidité frappante dans les cas avec début récent, amélioration appréciable de cas plus anciens, sédation de l'agitation, suppression rapide de la stupeur. Le fond mental se modifie parfois après quelques chocs, et on a l'impression que l'hypothèse d'une désagrégation irréparable de la personnalité, chez ces malades, est erronée. Les risques du traitement ont été exagérés, les accidents sont plus faciles à juguler que ceux de la malariathérapie. Il n'a pas été possible d'expliquer, jusqu'ici, le mécanisme d'action du choc hypoglycémique. Celui-ci détermine une hypersécrétion du liquide céphalo-rachidien, d'où hypertension intrarachidienne. Les taux de l'albumine et de la cholestérine du liquide sont abaissés en même temps que celui du glucose. (Résumé d'une communication à la Société de Médecine de Giessen).

E. BAUER.

**Action de certains médicaments dans la schizophrénie** (On the Action of Certain Drugs in Schizophrenia), par H. C. BECCLE. *The Journal of Mental Science*. T. LXXXI, n° 332, p. 46-60, janvier 1935.

Les hormones sexuelles et l'yohimbine administrées à des schizophrènes des deux sexes ont donné à l'auteur de très appréciables améliorations dans la grande majorité des cas. L'effet des extraits testiculaires paraît plus variable que celui de la folliculine. Le traitement a été appliqué malgré l'absence de signes manifestes d'insuffisance glandulaire génitale. Il n'y a pas eu le moindre signe d'intolérance à l'yohimbine. La médication a pu être ordonnée par voie orale, sous-cutanée et intra-musculaire. M. Beccle propose comme moyen de contrôle biologique, le retour à la normale de l'index du phosphore sanguin, fréquemment trop élevé dans la schizophrénie.

P. CARRETTE.

**Thérapeutique aspécifique complète dans les cas de confusion mentale et de démence précoce**, par A. LASSZEA. *L'ospedale Psichiatrico*, janvier 1935.

L'auteur montre dans de tels cas l'avantage de l'emploi successif de méthodes pyrétogènes différentes. Il utilise : le lait, le soufre, le manganèse, les dérivés bactéricides, — parfois l'association de plusieurs de ces méthodes — et cela chez le même malade. Il obtient ainsi de très intéressants pourcentages de guérisons et d'améliorations.

P. ABÉLY.

**Le traitement des troubles mentaux de l'alcoolisme par la strychnine**, par L. CORMAN et Paul HORVENO. *Gazette médicale de Nantes*, 1<sup>er</sup> janvier 1935.

Les excellents résultats donnés par les injections de strychnine — de 8 à 12 mmgr. par 24 heures — dans les accidents de l'alcoolisme ont été vérifiés par MM. Corman et Horveno. Les troubles mentaux témoignent de l'état d'épuisement du système nerveux que la strychnine combat. Il faut s'attendre à d'heureux effets dans les manifestations toxiques, telles que le *delirium tremens*, mais l'échec est inévitable dans les cas anciens avec atteintes viscérales multiples et lésions cérébrales importantes.

P. CARRETTE.

# VARIÉTÉS

---

## SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

### Séances

La *séance supplémentaire* du mois de MAI de la Société Médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *jeudi 14 mai 1936*, à 9 heures 30 *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV<sup>e</sup> arrondissement), dans l'Amphithéâtre du Pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de mai de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 25 mai 1936*, à 4 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI<sup>e</sup> arrondissement).

Le *dîner annuel* de la Société Médico-psychologique aura lieu après la séance du *lundi 25 mai 1936*.

La *séance supplémentaire* du mois de JUIN de la Société Médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *jeudi 11 juin 1936*, à 9 heures 30 *très précises*, à l'Asile Clinique (Sainte-Anne), 1, rue Cabanis, à Paris (XIV<sup>e</sup> arrondissement), dans l'Amphithéâtre de la Clinique de la Faculté.

La *séance ordinaire* du mois de juin de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 22 juin 1936*, à 4 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI<sup>e</sup> arrondissement).

### Légion d'Honneur

Est nommé *Chevalier de la Légion d'Honneur* :

M. le Professeur Ernest DE CRAENE, médecin des Hôpitaux de Bruxelles, ancien président du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, *membre associé étranger* de la Société Médico-Psychologique.



## ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS

### Nominations

M. le D<sup>r</sup> COULÉON est nommé Médecin-Directeur du Quartier d'Hospice de Pontorson (Manche) ;

M. le D<sup>r</sup> J. BOREL est nommé Médecin-Chef à l'Asile public d'aliénés de Breuty-la-Couronne (Charente) ;

M. le D<sup>r</sup> STÖER est nommé Médecin-Chef à l'Asile public autonome d'aliénés de Bassens (Savoie) ;

Mlle le D<sup>r</sup> DEROMBIES est nommée Médecin-Chef à l'Asile public d'aliénés de Vauclaire (Dordogne) ;

M. le D<sup>r</sup> TOYE est nommé Médecin-Chef à l'Asile public autonome d'aliénés de Bailleul (Nord) ;

M. le D<sup>r</sup> MENUAU est nommé Médecin-Chef à la Maison Départementale de Santé de la Seine-Inférieure.

### Postes vacants

Est déclaré vacant :

un poste de Médecin-Chef à l'Asile public d'aliénés de Sarreguemines (Moselle) ;

un poste de Médecin-Chef à l'Etablissement psychothérapique de Fleury-les-Aubrais (Loiret).

## HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

### La stérilisation en Suisse

C'est en Suisse, dans le canton de Vaud, que la stérilisation légale des sujets atteints de troubles mentaux, fut pour la première fois adoptée en Europe. Cette législation ne fit d'ailleurs que rendre légale une pratique qui était depuis longtemps en usage dans une grande partie de la Suisse.

Seules les personnes incurables peuvent être stérilisées en Suisse, encore faut-il qu'il soit prouvé que leurs tares sont transmissibles à leur descendance. La majorité des personnes stérilisées entre 1919 et 1934 étaient des femmes atteintes de maladies mentales. Les rapports des cinq dernières années montrent qu'on a stérilisé des femmes atteintes de schizophrénie (5 sur 7 ont été stérilisées après l'achèvement d'une grossesse, de psychose maniaque dépressive, d'épilepsie ou d'instabilité mentale congénitale). Dans les cinq dernières années, jusqu'en 1934, 88 applications de la loi furent faites dans le canton de Vaud.

Afin d'éviter les abus, les cas sont préalablement soumis à une enquête médicale stricte. Chaque stérilisation est accompagnée d'un certificat médical : deux experts, un psychiatre et un gynécologue le délivrent après examen. En aucun cas, le corps médical ne peut ordonner la stérilisation, il peut seulement l'autoriser. L'opération ne peut être faite qu'avec le consentement des parents ou tuteurs et sur l'acceptation écrite du malade. Dans l'étude des cas, l'expert établit la généalogie de son malade, avec l'aide de la famille, du médecin et des autorités sanitaires locales.

(*Le Siècle Médical*, 1<sup>er</sup> avril 1936).

---

*Le Rédacteur en chef-Gérant* : René CHARPENTIER.

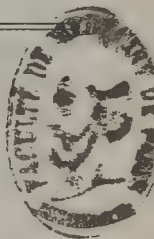
---

# ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

---

## MÉMOIRES ORIGINAUX

---



### CHORÉE FIBRILLAIRE DE MORVAN ACRODYNIE INFANTILE ET TROUBLES PSYCHIQUES

PAR

HENRI ROGER et JOSEPH ALLIEZ (de Marseille)

En 1890, Morvan décrivait sous le nom de « chorée fibrillaire » une affection particulière dont il avait observé plusieurs exemples.

Cette maladie était caractérisée par des secousses musculaires à type de contractions fibrillaires, qui lui ont fait donner son nom, par des algies disséminées, par des troubles psychiques, anxiété et agitation pouvant aller jusqu'au délire, par des sudations abondantes et par un état spécial des extrémités, rappelant l'érythromélagie.

Aucune publication française n'a été ensuite consacrée à une affection semblable, jusqu'au travail de Mollaret, en 1930. Cet auteur présente à la Société de Neurologie l'observation d'un jeune homme chez lequel coexistent, pendant trois semaines, des contractions fibrillaires typiques, des sudations abondantes, une desquamation palmaire et plantaire intense, des algies diffuses et un état asthénique.

Depuis lors, nous avons, d'abord à la Société de Neurologie, puis dans un mémoire du *Marseille-Médical* (1935, p. 333-403), attiré l'attention sur ces faits. Il nous a été donné d'observer quatre cas de ce syndrome. Nous avons pu lui rattacher un cas de Colin et Dutil, les cas de Chavany et de Chaignot, de Gernez-Rieux, publiés sous d'autres titres. Notre communication princeps a suscité celles de Porot, de Lambrechts, de Porot (fils), ce qui au total constitue un ensemble de 12 observations.

De cet ensemble de faits, on peut attribuer à la chorée fibrillaire de Morvan les caractéristiques suivantes : contractions fibrillaires disséminées à tout le corps, crises sudorales, érythème des quatre extrémités avec desquamation, algies de type contusif avec parésie légère, tachycardie et hypertension artérielle, troubles psychiques.

Ces troubles psychiques nous avaient frappé déjà chez le premier malade, jeune homme de 18 ans, que nous avons eu l'occasion d'observer. Dès que la maladie a commencé, le malade s'inquiète facilement, devient maussade, agité, se querelle avec ses parents. Très asthénique, il remue cependant constamment sans raison. Ces désordres mentaux associés à l'insomnie attirent son attention et ce sont eux qu'il nous demande avant tout d'atténuer. Vers la fin de la maladie, il a senti que son état psychique se transformait, il devient moins irritable, l'anxiété et l'asthénie disparaissent.

Chez notre deuxième malade, cette altération du psychisme existe aussi, quoique plus atténuée. Habituellement très patient, le sujet s'irritait et s'énervait facilement.

Un autre, dont l'évolution mortelle se compliqua de diplégie faciale et de spasmes de fonction faciaux, avait des troubles psychiques, légers au début, qui se sont aggravés lorsque les complications apparurent.

Le quatrième cas que nous avons observé concerne un enfant de 14 ans, dont le tableau clinique typique présentait une anxiété et une insomnie d'intensité moyenne, dont l'évolution a été parallèle à celle des autres troubles. A noter que l'enfant a fait deux crises d'allure comitiale.

Des troubles analogues se rencontrent dans la plupart des autres observations publiées par les auteurs.

On peut les grouper de la façon suivante :

1) Un fait particulier, que l'on retrouve dans la plupart des observations publiées, consiste en une *insomnie* souvent rebelle et épuisante pour le malade. Certains auteurs la rattachent aux douleurs vagues éprouvées par certains malades et d'autres aux

sudations abondantes qui obligent les patients à changer de linge la nuit. En réalité, elle fait partie d'un ensemble de troubles psychiques, qui constitue une des principales caractéristiques de la maladie.

2) L'*anxiété* est le phénomène prédominant : elle entraîne par exemple des gémissements, des pleurs, des lamentations continues chez un malade de Chavany et Chaignot. Celui-ci, à l'approche de la nuit, avait peur de mourir et réclamait continuellement son médecin.

Une certaine teinte mélancolique imprègne parfois ces troubles psychiques : le malade de Colin et Dutil pleure comme un enfant et exprime des idées de suicide.

3) L'*irritabilité* est un autre symptôme important. Ces malades, même de caractère habituellement assez doux, se mettent facilement en colère et deviennent insupportables pour leurs proches.

4) Cet ensemble de symptômes entraîne des réactions motrices. Un certain *état de subagitation* se retrouve chez plusieurs malades insomniaques qui ne peuvent rester dans leur lit, déambulent dans le couloir de l'hôpital. Tel le malade de Lambrechts, qui interpelle toutes les personnes qui passent, qui enlève à tous moments les pansements qui recouvrent ses extrémités atteintes de pyodermite.

Un des malades de Chavany et Chaignot doit être enfermé dans une maison de santé.

De cet état de subagitation, nous pouvons rapprocher les mouvements anormaux présentés par le malade de Porot qui, tant à cause de ses algies difficilement explicables qu'à cause de contorsions bizarres, avait été considéré en 1906 comme hystérique. D'ailleurs, la suggestion par le regard permettait de plonger facilement ce malade dans le sommeil hypnotique, d'arrêter ou de provoquer à volonté les crises de contorsion.

Le malade de Gernez-Rieux présentait des troubles psychiques sérieux, où l'agitation était incessante : incapable de dormir, il se levait sans cesse la nuit, la confusion mentale était d'ailleurs intense et l'importance de l'état psychique plus marquée que dans le cas de Lambrechts.

5) Les troubles intellectuels proprement dits sont plutôt au second plan. S'il y a des troubles du caractère, il n'y a pas de troubles de la compréhension ni de l'idéation, ni de la mémoire. Cependant, le malade de Morvan fait une poussée délirante terminale. Celui de Lambrechts présente, il est vrai au cours d'une

période fébrile due à des infections cutanées, des hallucinations visuelles et auditives.

Un de nos malades a présenté aussi un état onirique terminal.

Des troubles psychiques de la chorée fibrillaire de Morvan, nous croyons pouvoir rapprocher ceux que l'on constate dans l'*acrodynie infantile*. Nous avons développé ailleurs les raisons qui nous permettent de classer dans le même groupe morbide, chorée fibrillaire de Morvan et *acrodynie*.

On connaît les caractéristiques primordiales de cette dernière affection : douleurs spéciales des extrémités, en particulier des mains, avec desquamation et aspect souvent cruenté, sudations assez fréquentes, tachycardie et hypertension artérielle et troubles particuliers du caractère et de l'affectivité.

Or, nous retrouvons dans la chorée fibrillaire de Morvan à peu près les mêmes symptômes, puisque dans cette dernière les algies des extrémités sont à peu près constantes, s'accompagnant plus ou moins d'un érythème localisé à ces parties.

Les sueurs existent dans les deux affections, quoique plus abondantes dans la chorée fibrillaire.

Sans doute, il manque dans l'*acrodynie* les contractions fibrillaires si spéciales à la maladie de Morvan. Cependant, quelques observations comportent des myoclonies.

La concordance des *troubles psychiques* nous paraît rapprocher encore une fois les deux maladies. Dans l'*acrodynie* aussi, l'insomnie est des plus accusées, les troubles affectifs et du caractère ne sont pas moins marqués, mais prennent une teinte spéciale du fait de leur apparition chez de jeunes enfants.

Le caractère devient maussade, l'enfant est d'une mauvaise humeur constante, répond par des grognements quand on s'adresse à lui, l'impatience est presque constante, l'irritabilité va même jusqu'à l'hostilité. « Vilaine maman », répétait un enfant jusqu'alors doux et affectif. Certains, quoique autrefois de tempérament doux et facile, prennent des colères irraisonnées : tel petit malade ne permet plus qu'on l'approche, se défendant contre la moindre caresse, le moindre contact.

Ces troubles du caractère, comme dans la chorée fibrillaire, comportent une teinte mélancolique.

Certains de ces enfants sont tristes, les traits sont tendus et plissés, donnant au visage l'impression d'une « affreuse détresse » (Wycoff), ce qui sans doute peut être considéré chez l'enfant comme témoignant d'une véritable anxiété. Quelques-uns expriment même des idées mélancoliques, répétant les mê-



mes phrases pendant des heures et des jours, tout en geignant et se lamentant : « que je suis malheureux ! que je suis malheureux ».

L'irritabilité n'est pas moins manifeste.

Le *comportement* des petits acrodyniques est particulier. Sur le fond de tristesse anxieuse et déprimée, se développent des accès d'agitation. Des enfants poussent des cris, font des gestes brutaux, deviennent vraiment méchants, mordent, griffent ceux qui veulent les approcher, battent leurs frères et sœurs : « Ce n'est plus notre fille », disait la mère d'une malade de Rocaz. Puis ils sont repris de leur tendance à pleurer et à geindre sur un ton monotone, et retombent enfin dans leur silence indifférent et leur immobilité.

Les troubles intellectuels sont, comme dans la chorée fibrillaire, moins accentués que les troubles de l'affectivité, du caractère et du comportement. Toutefois, il n'est pas étonnant, étant donné le jeune âge des sujets qui sont en plein développement intellectuel, de voir un arrêt momentané de ce dernier et une diminution de l'attention.

Certains petits malades ont même des hallucinations. Un malade de Rocaz, âgé de 4 ans et demi, voyait en plein jour un loup qui se précipitait à chaque instant sur son lit ; la nuit, c'était une lumière éclatante qu'il prenait pour un éclair.

On voit donc les ressemblances vraiment étranges qui rapprochent, en particulier en ce qui concerne les troubles psychiques, chorée fibrillaire de Morvan et acrodynie infantile.

La coexistence dans les deux affections de troubles psychiques permet de supposer une localisation fonctionnelle encéphalique. Bien des auteurs, et en particulier Rocaz, rattachent l'acrodynie à une infection à virus neurotrope, probablement localisé au diencéphale, aux formations neuro-végétatives de la base, à cause des troubles sympathiques prédominant dans cette maladie.

Nous avons développé ailleurs les arguments qui nous permettent de rattacher la chorée fibrillaire de Morvan à une localisation analogue.

S'agit-il d'un même virus neurotrope ou de deux virus voisins ? La question est bien difficile à trancher, mais on peut se demander si la chorée fibrillaire ne serait pas chez l'adulte l'équivalent de l'acrodynie infantile, l'apparition chez l'adulte de contractions fibrillaires pouvant peut-être tenir aux conditions particulières de développement d'un système nerveux plus évolué.

---

# CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES FORMES MENTALES DES TUMEURS CÉRÉBRALES

PAR

E. LARRIVE et R. MATHON

S'il est inutile, à l'heure actuelle, de montrer l'importance et la fréquence des troubles psychiques dans les tumeurs cérébrales, il convient, dans beaucoup de cas, de noter que le psychisme n'est lésé qu'à titre secondaire ou épisodique. Le diagnostic s'impose alors par l'existence et la prédominance d'autres signes : neurologiques, ophtalmologiques en particulier, qui orientent vers la possibilité d'une tumeur cérébrale. Il est cependant d'autres cas, où les symptômes révélateurs sont minimes ou ont passé inaperçus ; les troubles mentaux existent seuls et dominant la scène clinique au point que l'on pourrait parler de formes mentales des tumeurs cérébrales.

Sur quoi, dans ces formes, peut-on s'appuyer pour porter le diagnostic de tumeur cérébrale ?

En d'autres termes, existe-t-il en pathologie mentale, un ensemble de signes qui ne se rencontrent que dans cette affection et dont la constatation suffit à elle seule pour porter le diagnostic ?

H. Baruk, au Congrès Neurologique International de Berne en 1931, insistait sur l'étude des troubles mentaux et sur le rôle important qu'ils peuvent jouer, non seulement pour établir le diagnostic de tumeur cérébrale, mais encore pour préciser le diagnostic de localisation. Parmi les divers syndromes psychiques pouvant attirer l'attention sur l'existence d'une tumeur cérébrale, il signalait surtout la confusion mentale et les syndromes dépressifs, en disant que la confusion mentale est très fréquente, qu'elle peut se caractériser par ces deux éléments essentiels : le ralentissement mental et l'onirisme. Elle revêt parfois une forme clinique spéciale, la confusion amnésique dans

laquelle le malade se trouve transporté à une période antérieure de son existence, il revit. Parfois, disait-il, la confusion mentale prend une allure torpide et chronique, elle simule alors un état démentiel, le plus souvent la paralysie générale. Dans un certain nombre de cas, la confusion mentale peut constituer le seul signe de l'évolution d'une néoplasie ; aussi tout état confusionnel qui ne fait pas sa preuve, surtout lorsqu'il est précédé d'un passé de céphalées, doit éveiller l'attention sur la possibilité d'une tumeur cérébrale.

Quant aux syndromes dépressifs, ils prennent l'aspect, tantôt d'un état mélancolique ou psychasthénique, tantôt d'une sorte d'anxiété et d'inquiétude, de pressentiment sombre, que le malade n'exprime qu'avec réserve et qui précède souvent les premiers signes d'hypertension intracrânienne.

Enfin, quelquefois, bien que plus rarement, on peut observer, principalement au cours des poussées d'hypertension intracrânienne, des troubles beaucoup plus fins de la pensée : troubles du courant de la pensée, automatisme psychique, modifications de la tension psychologique, troubles psychomoteurs. Ces formes cliniques peuvent simuler une névrose ou une psychose.

Mais, H. Baruk montrait surtout que l'analyse du tableau mental est extrêmement importante pour appuyer le diagnostic de localisation. On pouvait schématiser, d'après lui, ce psychodiagnostic de la façon suivante :

les états confusionnels profonds et précoces, l'indifférence affective, l'euphorie, la moria, traduisent principalement une atteinte des lobes frontaux ;

les états d'anxiété, d'inquiétude et de dépression, s'observent plus souvent dans les tumeurs de la base ou siégeant au voisinage des centres végétatifs : tumeurs temporales, mésencéphaliques, pédonculaires.

Enfin, les hallucinations, et plus particulièrement les hallucinations visuelles hémianopsiques et paroxystiques ont une très grande valeur dans le diagnostic des tumeurs situées au voisinage des voies optiques : tumeurs occipitales, temporales. Ces hallucinations hémianopsiques, le plus souvent conscientes, doivent être distinguées des hallucinations visuelles oniriques, qui sont intimement mêlées à un état de rêve, qui ne présentent, ni la netteté, ni la brièveté des précédentes et qui s'observent plutôt au cours des tumeurs de la base, périventriculaires, pédonculaires, et d'une façon générale au cours des états de sommeil pathologique ou de narcolepsie.

L'auteur insistait surtout sur le fait que ces divers éléments

de psychodiagnostic sont loin d'être absolus. Il faut faire le départ, notamment entre les troubles psychiques liés à l'hypertension intracrânienne et ceux liés à la localisation de la tumeur.

En pratique, selon nous, les malades peuvent être classés en deux groupes bien distincts :

Au premier groupe appartiennent les malades chez qui le diagnostic de tumeur cérébrale s'impose par la constatation de nombreux signes, vertiges, céphalées, vomissements, et qui, en plus de ces symptômes, présentent des troubles psychiques.

Dans le deuxième groupe, se classent les malades dont la première manifestation morbide a été la manifestation mentale.

De l'ensemble des observations, tant personnelles que celles que nous avons pu parcourir, il nous est apparu que, à eux seuls, les troubles psychiques ne permettent pas de faire le diagnostic. C'est pourquoi, si l'on n'a pas l'attention en éveil de ce côté, on peut faire fausse route.

C'est bien souvent, en procédant par élimination, que l'on arrive en dernière analyse, à penser à la possibilité d'une tumeur intracrânienne.

Il semble bien que ce soit aussi l'opinion de E. Toulouse et Paul Schiff au Congrès des Aliénistes et Neurologistes de Langue Française de 1925. « Des observations assez nombreuses ont été publiées de malades considérés comme atteints d'une psychose classique et chez lesquels l'autopsie révéla une tumeur cérébrale. Parfois, il paraît bien n'y avoir pas eu de relation entre le néoplasme et le trouble mental. Dans d'autres cas, une analyse plus attentive des signes cliniques aurait pu tout au moins faire soupçonner la tumeur. Mais il est certain aussi qu'il y a eu des malades très bien observés, chez lesquels n'était apparu, durant la vie, aucun signe de tumeur, et qui avaient présenté seulement des troubles psychiques : on peut dire qu'il existe, à titre exceptionnel, des tumeurs cérébrales larvées à forme psychopathique. On peut rapprocher de cette dernière catégorie un groupe de cas sur lesquels l'attention ne paraît pas avoir été attirée nettement jusqu'ici : c'est celui des syndromes psychiques initiaux des néoplasmes cérébraux...

...Les signes psychiques qui constituent dans de tels cas la seule symptomatologie du néoplasme intracrânien, ne peuvent être différenciés cliniquement des signes analogues observés au cours d'états psychopathiques banaux. On ne peut donc pas décrire un syndrome psychique qui permettrait le diagnostic de certaines tumeurs cérébrales à leur stade initial, pas plus d'ailleurs qu'on ne peut attribuer de valeur formelle aux syndromes

psychiques décrits classiquement comme caractéristiques des tumeurs frontales ou calleuses. »

A notre avis, c'est, en présence d'un syndrome confusionnel dont l'étiologie échappe aux investigations, d'un état démentiel que ni la syphilis, ni l'artério-sclérose ne paraissent conditionner, que l'on est amené à pratiquer des radiographies craniennes, un Laruelle, une ventriculographie, un examen du fond d'œil et du champ visuel ; ce sont ces moyens d'investigation qui, seuls, la plupart du temps, permettent la solution du problème.

Mais il est des cas où rien dans les troubles psychiques n'incite à penser à la possibilité d'une néoformation intracrânienne et où tout dans la symptomatologie fait plutôt penser à une psychose d'ordre constitutionnel ou dégénératif jusqu'au jour où apparaît un incident ou un symptôme qui montre l'erreur.

Témoin le malade Ch... Marius, qui entre pour la première fois à la Maison de Santé de St-Jean-de-Dieu, le 8 avril 1925, avec le certificat suivant :

« Mélancolie caractérisée par un état de dépression et d'abattement. Tentatives de suicide. »

Attitude dépressive, idées de culpabilité. Léger degré de confusion. Depuis l'adolescence a toujours été nerveux. Le début des troubles remonte à 2 mois 1/2 environ.

Examen neurologique négatif.

Sort très amélioré le 18 mai 1925.

Deuxième internement le 18 mars 1926 : « Asthénie généralisée avec absence prolongée de mouvement et de parole. Apparence sournoise ou stupide, immobile, yeux fixés. Est susceptible d'accès d'agitation explicables par des hallucinations. »

Examen à l'entrée : pas de confusion, pas d'idées délirantes. Apathique et indifférent. Faiblesse générale.

Sort très amélioré le 11 août 1926.

Troisième internement mars 1928 : « Dégénéré irresponsable de ses actes. Parle d'une façon déraisonnée : on a cherché à l'empoisonner, demande du contre-poison, etc... Dort très peu, est très irritable, la moindre contradiction le rend furieux. »

A l'entrée, on note : confusion mentale avec idées délirantes polymorphes, préoccupations hypocondriaques. Excitation par intervalles.

De juillet 1928 à septembre 1929, on réussit à le faire travailler, mais son fond mental reste inchangé. Se plaint continuellement. Les préoccupations hypocondriaques dominent toujours.

Janvier 1930 : Depuis plusieurs mois ne travaille plus. Apathie, indifférence émotive et affective. Persistance de l'hypocondrie.

De 1930 à 1932 : L'état demeure stationnaire. Le malade travaille à



certaines périodes tandis que, à d'autres moments, il reste complètement inactif. Toujours hypocondriaque. Même fond d'indifférence, sourires discordants.

Au cours de 1933 et pendant plusieurs mois, on put noter une amélioration manifeste. Les préoccupations hypocondriaques étaient beaucoup moindres et il s'occupait régulièrement.

Mais au début de 1934, période d'agitation avec impulsions : il redevint ce qu'il était auparavant.

Septembre 1934 : Depuis quelque temps se plaint que la vision de son œil gauche baisse progressivement. Il ressent également des douleurs à son niveau.

Il est envoyé en consultation à l'Hôpital Grange-Blanche, dans le service du Professeur Bonnet, où le diagnostic de tumeur cérébrale est porté. Il entre alors pour intervention dans la clinique du Professeur Lépine.

Le Dr Dechaume note alors : « Il est difficile d'avoir des renseignements précis sur l'évolution des syndromes d'hypertension intracranienne. Il n'y a pas eu de céphalées très violentes. La baisse unilatérale de la vision (O.G.) a été décelée il y a plusieurs mois. Les vomissements datent seulement de quelques semaines.

L'examen neurologique est presque négatif : il n'y a pas d'hémiplégie, pas de modification de la réflexivité tendineuse ou cutanée. A peine note-t-on une diminution de la force de la main droite. Pas de troubles de la sensibilité. Pas de troubles cérébelleux. Pas de signes du côté des nerfs crâniens : il y a une petite asymétrie labiale. L'anosmie n'est pas retenue. Il faut noter une légère exophtalmie gauche sans modification papillaire.

Notons les signes ophtalmologiques :

Il ne s'agit pas d'un syndrome de Kennedy-Forster véritable puisque l'atrophie papillaire gauche n'est pas primitive. On peut se demander s'il ne s'agit pas d'un syndrome d'hypertension intracranienne progressive ayant abouti à l'atrophie d'un côté.

Il n'y a pas de modification du champ visuel.

La radiographie montre une hypertrophie avec modification de l'hypophyse clinéoïde antérieure gauche.

Ceci serait en faveur d'un ménigiome en H intéressant la région antérieure gauche de la selle turcique et allant en arrière vers la lame basillaire.

La ventriculographie montre qu'il s'agit d'une tumeur de l'étagé moyen gauche juxtassellaire, refoulant un peu le troisième ventricule mais déplaçant surtout en haut la corne temporale et un peu la corne occipitale qui est rejetée en dehors.

Le diagnostic porté est celui de ménigiome en nappe de la partie interne de la fosse cérébrale moyenne gauche avec lésions osseuses de la partie antérieure de la selle et de la lame basillaire. La tumeur volumineuse qui cause le blocage est dans la fosse cérébrale moyen-

ne mais il y a un prolongement à travers l'orifice de la tente du cervelet.

Il est curieux de ne pas voir d'aphasie chez ce droitier ni de modification du champ visuel.

Intervention le 14-9-34 : (D<sup>r</sup> Wertheimer).

On se contente d'une ablation partielle faite en partie au bistouri électrique, en partie à la pince coupante, d'une vaste tumeur méningée qui est un méningiome en plaque très vasculaire qu'on découvre progressivement dans une partie de son étendue qui paraît vaste, occupant en tout cas l'étage moyen dans son entier et débordant probablement dans l'étage antérieur et postérieur. Sauf du côté cérébral, il n'y a pas de plan de blocage et l'extirpation totale se heurterait à d'énormes difficultés. Réapplication du volet.

Suites opératoires : coma progressif. Décès 18-9-34.

*Autopsie* : Enorme tumeur méningée de la grosseur d'une orange, visible à la partie interne de l'étage moyen, arrivant en avant jusqu'à la petite aile du sphénoïde près de l'apophyse clinéoïde qui est hypertrophiée. La tumeur remplit la selle turcique soulève le chiasma, atteint le nerf optique droit en arrière ; elle recouvre les apophyses clinéoïdes postérieures, descend le long de la lame basillaire. Au niveau de l'orifice de la tente du cervelet, un prolongement refoule le front cérébral à droite. A l'incision de la tente du cervelet, on s'aperçoit que la tumeur en tapisse la face inférieure, le long du bord postérieur du rocher mais en dehors du trijumeau. On essaie d'enlever la tumeur pour voir si l'os est infiltré : il n'en est rien au niveau de la petite aile du sphénoïde où la dure-mère se décolle. Le sinus caverneux n'est pas envahi mais aplati, il semble que l'os soit envahi au niveau de la grande aile du sphénoïde, la fossette de Meckel ne l'est pas, par contre la lame basillaire est infiltrée. Les constatations anatomiques sont celles prévues avant l'intervention.

Sans être très fréquents, il est cependant des cas de malades internés parfois depuis de longues années avec des diagnostics très divers, chez lesquels la tumeur n'est qu'une découverte d'autopsie. Nous pouvons rapprocher de cette catégorie cette observation de Claude et Baruk, rapportée à la Société Médico-Psychologique le 15 janvier 1931, où le malade s'était présenté comme un schizo-maniaque. Dans l'histoire clinique de ce malade, tout au plus relève-t-on l'existence de céphalées quelques mois avant l'internement ; plus intéressants sont les troubles de l'élocution qui avaient frappé la mère du malade. Toutefois, il est difficile, sur de simples données de la clinique, de déceler des rapports rigoureux entre l'évolution clinique de la tumeur et celle des troubles mentaux. Il s'agissait d'un gliome kystique du lobe temporal gauche, ne s'étant manifesté cliniquement

que par un syndrome mental de type schizophrénique caractérisé par des troubles du comportement et du caractère. En dehors de ce syndrome psychopathique, il n'y avait aucun signe de localisation et, malgré le siège de la tumeur dans l'hémisphère gauche et dans la zone de Wernicke, il n'y eut pas d'aphasie. Mais il serait singulièrement téméraire de se fonder sur ces données relativement négatives pour penser qu'il n'y eût aucun rapport entre l'évolution de la tumeur et le syndrome schizophrénique. Nous savons, en effet, avec quelle fréquence les néoplasies cérébrales retentissent, au début, sur le psychisme et l'état affectif : il est extrêmement fréquent de constater, dans la période prodromique de l'affection, un véritable état d'anxiété morale, consistant dans un pressentiment sinistre, dans une impression de mort prochaine, dans un pessimisme général, traduisant en somme un état de malaise cénesthésique mal défini. C'est ce que nous avons pu observer chez le jeune Henri M., dont MM. Pommé et Dechaume publient l'observation dans les *Annales Médico-Psychologiques* de novembre 1934.

« C'est après les huit premiers mois de services militaires qu'intervinrent les prodromes mentaux. Ils revêtirent l'allure dépressive qui avait frappé Duret et sur laquelle Toulouse et Paul Schiff dans leur rapport au Congrès des Aliénistes et Neurologistes de 1935 puis Marchand et Schiff, avaient attiré l'attention.

« On peut ici reconstituer aisément l'existence de crises de tristesse, d'ennui, de dégoût de vivre, sans aucune interprétation délirante, auto-accusatrice ou hypocondriaque. Ces crises sur lesquelles a insisté longuement H. Baruk dans son travail inaugural étaient suivies de périodes de longueur irrégulière au cours desquelles l'ambiance reprenait sa coloration habituelle. Puis, les phénomènes psychiques aigus disparurent, la sécurité familiale se renforça. Lorsque le jeune caporal fut hospitalisé, le syndrome neurologique seul retint l'attention en vue d'une localisation et d'une décision d'ordre chirurgical. »

Il y a donc lieu de tenir grand compte lorsqu'on suit l'évolution de certaines tumeurs cérébrales, des modifications de l'humeur, de l'état affectif, et, en quelque sorte, de l'existence d'un véritable malaise moral. Il est d'ailleurs fréquent de noter l'existence de ces manifestations psychiques dans les tumeurs ne s'accompagnant encore d'aucun signe somatique ; souvent même, il existe un véritable balancement entre ces troubles subjectifs anxieux et les signes physiques, qui n'apparaissent que lorsque les premiers ont disparu. Ces troubles subjectifs n'en

ont pas moins leur valeur et l'on peut dire avec Duret que « s'ils traduisent encore d'une façon obscure l'atteinte du cerveau, c'est bien parce qu'on ne sait pas comprendre son langage ». Bien entendu, cette modification de la tonalité affective pourra donner lieu à des réactions psychologiques variées et plus marquées chez certains sujets présentant antérieurement un terrain psychopathique. Le trouble fondamental reste le malaise cénesthésique ; celui-ci détermine secondairement de l'irritabilité ou des réactions psychologiques diverses suivant le terrain antérieur.

Existe-t-il dans ces cas un certain rapport entre le siège de la tumeur et le syndrome psychique ? Au cours de ces états anxieux, il faut attacher plus d'importance à la perturbation des fonctions cérébrales en général qu'à une atteinte localisée. Il semble qu'après les tumeurs frontales et calleuses, les tumeurs des lobes temporaux sont celles qui donnent lieu le plus souvent à des troubles mentaux. C'est dans ces cas que Kennedy a décrit l'état psychologique d'anxiété si spécial qui accompagne les crises de « dreamy state ». Il s'agit d'une sorte d'anxiété intellectuelle avec exaltation de la conscience, exacerbation de toutes les sensations et surtout une impression d'intuition presque tragique de l'avenir. « Cette impression de prescience va jusqu'à la souffrance, tant par son acuité que par la sensation inévitable d'inachèvement qui l'accompagne. »

D'autres fois, c'est un malade considéré comme un chronique, chez lequel apparaissent des signes d'hypertension intracrânienne. Quelquefois d'ailleurs, lorsque cette hypertension n'existe pas, on aura cependant à faire le diagnostic chez de tels malades. Ce sont alors certains états confusionnels, avec ralentissement et onirisme, la désorientation spatiale, ces états dépressifs avec anxiété s'accompagnant de pressentiment général, le syndrome de Moria, qui feront penser immédiatement à la tumeur cérébrale.

Il n'en est pas de même de cette femme dont Crouzon et Baruk rapportent l'observation dans les *Annales Médico-Psychologiques* de novembre 1927, et chez laquelle on a vu évoluer pendant plus de cinq ans, d'une façon concomitante, un délire de persécution tout à fait caractéristique et quelques signes somatiques d'ailleurs relativement discrets, en rapport avec une tumeur cérébrale qui ne s'est traduite, au point de vue clinique durant de longues années, que par des crises de céphalées transitoires et par quelques très courts moments d'obnubilation. Les signes de localisation et d'hypertension confirmés ne sont survenus que quelques mois avant la mort. Pendant presque toute



l'évolution de la maladie, la malade a été soignée comme une délirante banale. Ce ne sont que les accidents terminaux qui ont pu attirer l'attention sur l'existence d'une tumeur cérébrale, vérifiée à l'autopsie, et dont le développement très lent s'est surtout traduit pendant plusieurs années par des troubles psychiques. « De tels faits, font remarquer les auteurs, sont excessivement fréquents au cours des gliomes ; il est important de signaler cette phase prodromique presque latente, parfois très longue, dans laquelle la néoplasie débutante ne se traduit que par quelques signes très intermittents (céphalées, petites manifestations comitiales) qui le plus souvent passent inaperçus. »

Dans un travail récent, intitulé « Tumeurs cérébrales et psychoses », Gordon fait remarquer que si les tumeurs cérébrales s'accompagnent assez souvent de troubles mentaux simulant divers syndromes psychiques, le plus habituellement, il existe une différence clinique quelque peu sensible entre les troubles mentaux des néoplasies intracrâniennes et les psychoses. L'auteur en conclut que le cerveau n'intervient que très indirectement dans la pathogénie des maladies mentales. Comme le disent Crouzon et Baruk : « Si le fait rapporté par Gordon nous apparaît jusqu'à présent relativement exact dans un grand nombre de cas, il n'en existe pas moins certaines observations, qui montrent l'évolution parallèle d'une tumeur cérébrale et d'une psychose en apparence essentielle. D'autre part, il ne peut être question de demander à des lésions cérébrales plus ou moins localisées, de réaliser des syndromes exactement superposables aux syndromes psychiatriques. Le fait que ces deux ordres de troubles mentaux sont seulement analogues mais non identiques, ne permet pas d'éliminer les perturbations cérébrales dans l'étiologie des psychoses. Les différentes atteintes d'un même organe ne donnent pas lieu au même tableau clinique. En se rapportant aux données de la pathologie générale, ne voyons-nous pas que certaines lésions aortiques très volumineuses peuvent donner lieu à peu de signes fonctionnels, alors qu'une épine irritative minime au niveau du même vaisseau peut se traduire par un syndrome très impressionnant d'angine de poitrine. Il est fort possible qu'il en soit de même au niveau du cerveau et que des troubles superficiels simplement irritatifs ou des troubles vasculaires de cet organe, donnent lieu à des troubles plus bruyants que de grosses lésions destructives localisées. Il en est ainsi par exemple dans l'épilepsie. Mais les lésions destructives nous sont précieuses pour connaître les principales fonctions de l'organe qu'elles atteignent, et de même qu'en pathologie géné-



rale la méthode anatomo-clinique a permis de mieux comprendre les troubles fonctionnels des organes grâce à la connaissance des troubles en rapport avec les lésions anatomiques, de même l'étude des troubles psychiques observés dans les lésions organiques du cerveau nous permettra de mieux comprendre la séméiologie des psychoses. »

De tout ce qui précède, pouvons-nous vraiment établir la notion de psycho-diagnostic des tumeurs cérébrales ? Il semble bien qu'on ne puisse le faire d'une façon absolue. Les troubles psychiques ne sont en vérité que des éléments de présomption et, au point de vue localisation, ils sont loin d'avoir une valeur absolue.

Un diagnostic précoce serait cependant de première nécessité. C'est à l'examen clinique qu'on le doit. Il conservera la prépondérance, il reste le premier en date et le plus important.

L'interrogatoire doit être poussé à fond et, s'il faut garder une certaine défiance contre les phénomènes pithiatiques, il est cependant nécessaire de signaler et de discuter tous les renseignements fournis par le malade et son entourage. Il est capital de noter les premiers symptômes en date et l'ordre d'apparition des troubles. Il est fréquent d'apprendre, malheureusement trop tard, que le malade a présenté avant qu'on puisse l'observer dans un service hospitalier, en clientèle et même avant son internement dans un asile d'aliénés, des céphalées, quelques vomissements que la famille a mis sur le compte d'un embarras gastrique, « d'une fatigue du foie ».

Il ne faut jamais négliger l'examen général viscéral pour dépister une tuberculose évolutive ou cicatricielle qui permettra de penser au tubercule, pour mettre en évidence une syphilis qui signera la nature de troubles cérébraux réalisant un syndrome tumoral, pour démasquer l'hypertension artérielle, pour découvrir le néoplasme, point de départ de la métastase, cause des troubles mentaux, et bientôt de l'hypertension intra-crânienne.

Ce n'est qu'après, que l'on aura recours aux examens de laboratoire, à la radiologie directe ou médiate, aux examens dits de spécialité pour étudier l'atteinte de la fonction visuelle, les troubles de la VIII<sup>e</sup> paire ou des nerfs crâniens relevant du domaine de l'oto-rhino-laryngologie.

A l'heure actuelle, le repérage ventriculaire, en particulier, permet de déceler les lésions du cerveau dans les cas psychiatriques. On pourra, grâce à lui, distinguer les vraies tumeurs des pseudo-tumeurs. D'une manière générale, on peut dire qu'un examen psychiatrique attentif, permet, dans la plupart des cas,

de différencier les malades chez qui les troubles mentaux sont l'expression d'une lésion circonscrite du cerveau, de ceux qui ont des lésions diffuses ou des troubles fonctionnels. Dans les cas neuro-psychiques, même en l'absence de signes neurologiques de localisation, l'investigation psychique donnera souvent l'éveil. Lorsque le syndrome mental est rarement typique, que le groupement des symptômes ne rappelle qu'imparfaitement celui que l'on constate dans les psychoses dites essentielles, on sera en droit de pousser plus avant les méthodes d'examen. Les manifestations psychopathiques sont souvent imposées au malade et non créées et développées par lui ; elles ont un caractère fragmentaire et une labilité qu'on rencontre peu dans les états psychiques purs. C'est devant de tels tableaux, chez des malades chroniques, qu'il est opportun de pousser plus loin l'investigation et de demander aux spécialistes des renseignements complémentaires. C'est à cet égard que le repérage ventriculaire peut entrer dans l'arsenal de recherches du psychiatre. On y aura recours pour ne pas laisser passer ignorée une tumeur extirpable chez un malade à qui un manque de localisation ferait perdre le bénéfice d'une exérèse chirurgicale. Elle rendra d'autant plus de services qu'elle sera plus précocce. Elle sera aussi d'une grande utilité, comme tous les examens de spécialité, dans ces cas de « pseudo-tumeurs », où le tableau clinique ayant été celui d'une tumeur cérébrale typique, l'autopsie n'a cependant montré aucune néo-formation intracrânienne. Ces cas relèvent de méningites séreuses généralisées externes ou internes, ou circonscrites méconnues. D'autres sont d'ordre infectieux : qu'il s'agisse de la méningite hypertensive des otologistes ou des complications sensorielles de l'encéphalite épidémique. D'autres maladies à virus neurotrope, comme la sclérose en plaques aiguë, peuvent déclancher des syndromes analogues.

Nous rangerons aussi dans cette catégorie les cas de ramollissement, d'hydrocéphalie, d'encéphalite chronique.

Il est donc assez difficile de faire un diagnostic de localisation d'après les symptômes mentaux. Le désaccord des idées vient souvent de ce que les psychiatres et les neurologistes donnent au mot « mental » des sens différents, les uns s'attachant aux petites perturbations de la personnalité, les autres aux troubles sensoriels ou aux psychoses cliniquement bien définies. Il est utile, dans tous les cas, de dépister précocement tous les symptômes. Il est indispensable pour cela de recourir à tous les moyens d'investigation physiques quand les troubles mentaux existent seuls, lorsque le syndrome neurologique fruste et tardif

est déjà l'indice de l'extension de la diffusion du processus tumoral.

Grâce aux procédés modernes d'examen, nous savons maintenant dépister précocement le syndrome d'hypertension intracranienne, et même, en son absence, nous voyons se créer en nous le réflexe nécessaire qui déclanche la série des recherches permettant d'étayer le diagnostic de tumeur cérébrale. Sous le masque psychiatrique, neurasthénique, démentiel ou de paralysie générale, les examens méthodiques permettent maintenant de dépister la lésion : le risque opératoire n'est-il pas préférable à la maison de santé ?

Nous pourrions étendre encore ces considérations et montrer nombre d'erreurs qu'ont évité la mise en œuvre des procédés d'exploration courante, dans des cas où il eût été légitime d'y penser sans donner l'impression d'être obnubilés par la fréquence des tumeurs cérébrales.

C'est trop souvent encore, sur la table d'autopsie ou au cours d'une vérification médico-légale, que nous trouverons une tumeur restée ignorée ou silencieuse jusqu'à l'accident grave qui aura entraîné la mort.

---

# LE SYNDROME DE CAPGRAS

PAR

ALBERTO BROCHADO (de Porto)

En janvier 1923, MM. Capgras et Reboul-Lachaux ont présenté à la Société Clinique de Médecine Mentale une malade affectée de délire systématisé chronique, dont la symptomatologie présentait un symptôme curieux et qui n'avait pas encore appelé spécialement l'attention des aliénistes : *l'illusion des sosies*.

Quoique Magnan, le perspicace observateur à qui rien n'échappait, ait déjà publié, en 1893, dans ses admirables *Leçons cliniques*, une observation de *délire systématisé chronique*, où *l'illusion des sosies* apparaît avec ses caractères les plus typiques et les plus classiques, ce symptôme n'a pas été isolé par le grand savant français, ni reçu une désignation spéciale.

Dans la thèse de Bessière (1), de 1913, il est question d'une malade (Obs. II, p. 50) qui accuse son mari de la persécuter. « Il existe à Saint-A... (son pays) une femme qui lui ressemble d'une façon étonnante et qui profite de cette ressemblance pour commettre toutes sortes de méfaits. Cette femme est d'ailleurs payée par le mari. Une autre femme qui ressemble à la mère de la malade se livre également à des actes délictueux et est aussi payée par M. B... Pour ne pas être confondue avec son sosie, M. B... s'est blessée volontairement au front avec des tenailles. Elle se met un cachet avec de la cire sur le front, se blesse au poignet, se brûle, s'enfonce des aiguilles sous la peau. De cette façon, dit-elle, elle ne peut être confondue avec la criminelle aux gages de son mari. »

On ne peut affirmer absolument qu'il s'agisse, dans ce cas, de *l'illusion des sosies*. Peut-être a-t-on affaire à de simples ressemblances réelles et le trouble morbide consiste simplement en des

(1) BESSIÈRE. — *Paranoïa et psychose périodique*. Thèse de Paris, Leclerc, 113.

interprétations délirantes des actes de ces personnes. Néanmoins, l'existence de deux personnes, ressemblant tout à fait à la malade et à sa mère, paraît une coïncidence un peu invraisemblable, et il semble plus naturel qu'il soit question de *l'illusion de Capgras*.

N'ayant pas encore vu cette observation discutée dans aucun des travaux parus sur les *sosies*, j'ai cru devoir la rappeler.

Cependant, comme il vient d'être dit, c'est à M. Capgras et à ses élèves que revient le mérite d'avoir isolé et étudié spécialement ce curieux symptôme, en tâchant d'en expliquer la psychogénèse.

Après le *cas princeps* de MM. Capgras et Reboul-Lachaux, des observations diverses ont été publiées par l'éminent psychiatre et ses élèves et d'autres aliénistes, et des travaux d'ensemble ont vu le jour sur « ce curieux petit syndrome, comme l'a dit récemment encore M. Capgras, qui, par l'ensemble de ses caractères, peut avoir une valeur séméiologique appréciable ».

Parmi ces travaux d'ensemble, je citerai la thèse de Bouvier, une leçon de l'éminent Professeur Lévy-Valensi, un travail de Vié et, tout dernièrement, une thèse de Mlle Derombies, dans laquelle il est fait, de ce symptôme, un exposé clair et élégant, basé sur les observations déjà connues et sur quelques autres personnelles et inédites.

Après tout ce qui a été écrit sur *l'illusion des sosies*, et les personnes éminentes qui s'en sont occupées, je n'ai rien à dire de nouveau sur ce sujet. Mais, étant donné qu'il s'agit d'un symptôme qui n'est pas des plus fréquents en pathologie mentale et que les observations publiées ne sont guère nombreuses, je crois intéressant de publier six observations personnelles de ce trouble de l'identification. Il y a d'ailleurs, dans mes observations, des détails qui me semblent dignes d'être mis à contribution pour ceux qui, plus tard, viendraient à s'occuper de nouveau de la psychogénèse de *l'illusion des sosies*.

OBS. I. — M., 36 ans. *Schizophrénie paranoïde*. La mère a été mariée deux fois. Un fils du premier lit est mort aliéné. Une nièce du père de M. a eu une psychose dont elle est guérie (?) ; une fille naturelle du même père fut l'objet de l'observation II.

Méningite dans l'enfance. Guérison. En 1923, après une grippe, éclate un accès confusionnel ; puis tout s'arrange et sept ou huit mois après, M. travaille déjà dans une industrie d'encre pour chaussures, dans laquelle il était l'associé de son père. La mi-décembre 1924 apparaissent des idées érotiques, pendant un mois environ, mais M. ne quitte pas le travail. En octobre 1925, l'état du malade empire, et,



après une fugue, M. est interné à l'asile Comte Ferreira. Au moment de l'admission, le malade, que son père accompagnait, a dit que cet individu qui l'amenait n'était pas son vrai père, car celui-ci avait été *rendu fou (foi endoidecido, dit-il en portugais)*, il y avait 25 ans de cela. Il avait été élevé par des *faux parents*, mais ce monsieur n'était pas même son faux père, quoiqu'il *lui ressemblât extrêmement*, comme, du reste, il *ressemble extrêmement* aussi à celui qui était son associé dans l'industrie d'encre pour chaussures. Il y a donc trois personnes avec la même physionomie de son père (son *faux père*, prétend-il).

Il y a aussi trois individus avec la physionomie du directeur d'un des journaux de Porto où le père a publié une annonce à l'occasion de la fugue de son fils. Des idées mystiques, de grandeur, de persécution, des pseudo-hallucinations, des néologismes, de petites stéréotypies, voilà le tableau initial. Peu à peu apparaissent des rires immotivés. En février 1927 *l'illusion des sosies* fait place à la *méconnaissance* pure et simple. Il ne connaît pas ce monsieur (son père), il ne l'a jamais vu. Un jour, mis en présence de sa demi-sœur, il affirme également ne pas la connaître. Il y a une assez grande rigidité dans l'adaptation à l'ambiance. Sa marche, ses gestes, ses phrases ont un caractère nettement mécanique. Il a l'air d'un pantin à qui on tire des ficelles. En 1928 des stéréotypies nouvelles paraissent. En février de cette année il parle de nouveau des sosies de son *faux père*, dont le nombre est, maintenant, de 12.

En juin, on note un symptôme nouveau et curieux : il dit que les articles des journaux sont la répétition d'autres articles de l'année précédente. Tous les faits qui s'écoulent pendant sa vie sont la répétition de faits identiques survenus l'année précédente, dit-il. En septembre, il écrit au regretté Prof. *Magalhães Lemos*, sept lettres, presque exactement identiques. Seuls un ou deux mots diffèrent. En novembre il écrit deux lettres exactement semblables à l'une des sept précédentes. Il explique qu'ayant écrit 14 lettres à M. *Lemos*, 7 en juin et 7 en septembre, il lui fallait compléter le chiffre de 18. Or, en juin, il n'a écrit aucune lettre au D<sup>r</sup> *Lemos*.

Un jour il perd ses lunettes. Quelques jours après on les trouve, mais il refuse de les mettre, parce que ce ne sont pas les siennes. Elles sont *très semblables*, mais pas tout à fait égales. En février 1929, son père lui fait teindre son pardessus, parce qu'il se refusait à en porter un neuf qu'il avait commandé pour lui. En recevant le pardessus teint, il s'écrie : « Ce pardessus n'est pas le mien ; *il est très semblable*, mais ce n'est pas le mien » ; et il se refuse à le mettre, quoique cela l'empêchât de sortir pour visiter sa famille.

Il y a, dit-il, des sosies de moi-même. Au bout de 10 années, il sera brûlé vif et sera substitué par un autre sujet avec sa physionomie et son nom.

Par la suite, il présente une intense activité délirante de type imaginaire, avec des expressions bizarres, pleines de néologismes. Dans chaque nation, chaque individu a 18 sosies, dit-il en 1932, 11 *sembla-*

bles et 7 dissemblables, c'est-à-dire qu'il est très difficile de distinguer les premiers, tandis que les derniers, quoiqu'ils se ressemblent, peuvent être distingués.

Pendant l'année 1934, quand je l'aborde, il me demande : « Vous êtes bien le médecin de l'infirmerie ? »

— Ne me connaissez-vous pas, alors ? — C'est que ce pouvait être quelqu'un semblable à lui-même. »

En juillet 1935, *l'illusion des sosies* fait de nouveau place à la *méconnaissance* pure et simple. Il ne me connaît, ni son père, ni l'infirmier, ni le personnel. Cependant, quand il a quelque besoin pressant, il dit correctement : M. « l'infirmier », en lui indiquant ce qu'il désire. Cela montre que la méconnaissance est seulement le résultat d'une attitude, car elle se manifeste uniquement quand on l'interroge sur l'identification des personnes.

OBS. II. — A., 40 ans. Demi-sœur de M. *Schizophrénie paranoïde*. Elle a toujours été une débile mentale. En novembre 1925, elle se plaint de céphalalgies et présente des idées de grandeur et érotiques. En juillet 1926 des hallucinations auditives apparaissent.

Il y a deux sosies de son père (dont elle nie d'ailleurs la paternité, en vertu de ses idées de grandeur — elle se dit la fille de la reine d'Angleterre). Un des sosies de cet individu, qui se dit son père simplement pour la voler, est un peu plus gras et plus beau aussi ; il porte un complet brun. Celui qui travaille *dans les encres* est plus grossier. Le troisième portait des vêtements plus clairs. Plus tard elle dit que son père — que je désignerai dorénavant par S. — est mort, mais qu'il y a cinq individus tout semblables à lui et qui sont des Italiens. Ils ont les yeux verts et S. avait un œil louche (ce qui est faux). Il y a aussi deux sosies de moi-même : celui qui l'a interrogée depuis janvier jusqu'à avril, c'est le vrai A. B. ; il est un peu moins haut et plus clair. Un autre serait celui qui lui a parlé en septembre — je dois remarquer que pendant ce mois j'ai été absent de Porto, en vacances. Il est plus maigre et un peu plus basané. Le troisième est celui qui l'a examinée dernièrement. Il y a aussi des sosies des autres malades et du personnel.

Pendant l'année 1928 elle présente des accès d'agitation, des impulsions agressives, du maniérisme et une anesthésie affective qui va toujours grandissant. Les idées délirantes sont assez mobiles et absurdes. Dans son discours il y a des incohérences. *L'illusion des sosies* persiste toujours.

En 1935, l'activité hallucinatoire demeure, avec des hallucinations et des pseudo-hallucinations, il y a des idées de résurrection et de métempsychose, des néologismes et du négativisme.

Le vrai S. a 11 sosies. Les malades sont mortes déjà 11 fois. De plusieurs d'entre elles on n'en aperçoit que l'esprit, et d'autres c'est seulement le ça, qui n'est même pas l'esprit. D'autres fois elle dit que c'est l'esprit de ça tel (d'isto tal).

OBS. III. — J. F., 49 ans (en 1930). *Folie périodique mélancolique*. Pas d'antécédents psychopathiques importants. Son premier accès date déjà de 20 ans, avec des idées de culpabilité et de suicide. Plusieurs autres accès postérieurement. En juillet 1930, elle fait un nouvel accès. En rentrant d'un pèlerinage à Lourdes, on lui a volé un sac à main dans la gare de Porto. Elle est devenue triste, dormant mal et ne voulait se séparer un seul instant de sa sœur, avec qui elle demeurerait, parce qu'elle craignait qu'on allait l'enlever. Elle ne se couchait pas, et passait les nuits devant la porte de sa sœur pour qu'on ne l'enlevât pas. Un jour, celle-ci, impatientée et irritée par les plaintes de la malade, lui donna une gifle. Quelques jours après, comme la sœur sortait de sa chambre, J. F. lui dit : « Ah ! qui êtes-vous ? — Je suis So. ta sœur. — Mais non ; vous portez ses vêtements, mais vous ne l'êtes pas ; vous jouez très bien la comédie ; ma sœur, on me l'a volée ! »

On l'interne le 8 septembre. Elle dit que cette dame qui la visite a trois fausses dents. Or sa sœur en avait deux seulement. Les jambes de sa sœur étaient plus maigres et avaient des varices. Et elle voulait toujours voir les jambes de sa sœur, sans toutefois se convaincre. Sa sœur avait les cheveux plus blancs et était plus vieillie. « Et si elle était ma sœur, elle ne m'aurait pas enfermée », conclut-elle.

Son beau-frère n'était pas le même, non plus. Celui-ci n'est pas si distingué que l'autre et est plus indolent. Le vrai se peignait mieux. C'est son vrai beau-frère qui a tramé ce crime (de la substitution de personnes). Et elle explique la façon dont le rapt a été exécuté. Un médecin, le D<sup>r</sup> R., est entré dans la conspiration et lui a ordonné des comprimés qui l'ont fait dormir toute la nuit. Sur ces entrefaites, on a enlevé sa sœur.

Un jour, après avoir reçu celle-ci comme d'habitude, en sosie, elle lui examine une fois de plus les dents et les jambes et se dit convaincue. Mais, le lendemain, elle affirme de nouveau que ce n'était pas elle.

Le 31 octobre, elle la reconnaît définitivement. Le 29 novembre, elle quitte l'asile guérie de l'accès.

En janvier 1933, elle rentre à cause d'un nouvel accès qui avait débuté un mois auparavant. Triste, pleurarde, elle parle peu. Ses mouvements sont lents et rares. On va enlever sa sœur. Celle-ci lui écrit une carte postale. En la recevant, elle la lit, la relit, l'examine avec la plus grande attention.

— Si c'était bien d'elle. Il y a tant de gens qui savent imiter si bien l'écriture d'une personne.

Son beau-frère est mort depuis deux mois. Toutefois J. F. nie le fait : il s'est enfui et il va se marier à une autre femme. Son premier beau-frère (sa sœur avait été mariée deux fois) n'est pas mort non plus et il va se marier à une sœur du deuxième.

Il y a un peu d'anxiété. Insomnie. Le 25 janvier, elle reçoit la visite de sa sœur. Au début son attitude est froide et réservée. Elle reçoit sèchement ses compliments et lui jette à brûle-pourpoint :

— Qui a acheté cette valise? — Mon premier mari, lui répond la sœur. — Ah ! je vois bien que c'est toi. Elle lui pose encore quelques questions pour bien se certifier, lui examine attentivement les vêtements et, enfin, s'avoue convaincue. Au début de février elle se trouvait déjà assez améliorée et a quitté l'asile le 25 du même mois.

Obs. IV. — Si., 29 ans. *Schizophrénie hébéphrénique*. Dans les antécédents héréditaires on ne trouve rien de plus que la simple nervosité. Si. a toujours été nerveuse et entêtée. Elle s'est mariée malgré sa famille, ce qui lui a procuré force chagrins. Son mari est syphilitique et tuberculeux. Elle a eu un fils quatre mois auparavant. La psychose a éclaté par de l'excitation avec des hallucinations auditives, de vagues idées de persécution, refus d'aliments, insomnie. Discordance entre l'excitation psychique et l'agitation motrice, qui sont considérables, et l'humeur normale. Il y a de l'incohérence. Par la suite, des alternances d'agitation et de mutisme, négativisme, maniérisme, mimique théâtrale, parfois un air mystérieux. Elle me parle souvent en voix chuchotée, ou me répond par mimique. Par moments il y a des idées d'influence, parfois des rires immotivés.

En octobre 1930, quelques jours après avoir reçu la visite de sa mère, je lui demande qui l'a visitée. « Il me semble que ç'a été ma mère et mon cousin. — Alors vous n'en êtes pas sûre ? — Mais non, parce que d'habitude *les égales*, celles qui se ressemblent, se rassemblent. »

J'insiste et elle me raconte qu'un jour elle est venue rejoindre sa mère au parloir et que, en même temps, entra une autre personne, exactement semblable, par la porte, et dit : « Ce n'est pas celle-là, c'est moi », et la première venue dit la même chose : « Celle-là est venue maintenant et je suis arrivée dans le train du matin. » Je n'ai pu obtenir plus de renseignements sur le phénomène, parce que le psychisme de la malade, avec ses réponses à côté et ses divagations, vient frustrer toute tentative d'analyse psychologique plus fouillée. Mais elle a continué d'affirmer qu'il y a des *personnes égales*, qu'elle *les a vues ensemble*, et qu'elle ne sait pas, à un moment donné, si elle a été visitée par la *vraie* ou par la *fausse mère*, à cause de cette *histoire du troc*. Le 27 novembre elle sort de l'asile.

Obs. V. — Ad., 64 ans, femme de chambre. *Psychose hallucinatoire chronique*. Pas d'antécédents héréditaires d'importance. La psychose a débuté huit ans avant la date de l'entrée (3 nov. 1927). On note : des idées de persécution relativement systématisées, des hallucinations auditives, tactiles et peut-être cénesthésiques, des interprétations délirantes, des illusions visuelles et des faux souvenirs. En 1929 il y a des accès d'agitation. En mai de l'année suivante on note l'*illusion des sosies*. Si l'infirmière insiste pour qu'elle prenne les remèdes ou si on la camisole — à cause des épisodes d'agitation — elle dit : « Vous n'êtes pas l'infirmière ; l'infirmière est bonne et elle ne me faisait pas

cela. » Peu à peu, les sosies se multiplient. Il y en a plusieurs de l'infirmière, du restant du personnel, du secrétaire de l'hôpital et de moi-même.

Peu à peu les idées de persécution s'effacent, faisant place à des idées de grandeur. Un certain degré de dissociation mentale commence à se faire jour. Des néologismes émaillent son discours. Parmi les sosies il y a des individus en chair et en os — ce sont les *personnes naturelles* (*peessoas de naturalidade*, dit-elle en portugais) — et les *pensées*. Voici comment elle conçoit ces *pensées* : n'importe qui peut, en pensant à une personne quelconque, la faire paraître dans un certain endroit, près ou loin de soi. Il peut aussi se faire paraître lui-même en pensée. Ces *pensées* parlent et pensent comme les *personnes naturelles* et on ne les distingue pas de celles-ci.

En avril 1933 elle parle de sosies d'elle-même. Elle a plus de *vingt sœurs, toutes semblables*, et toutes ont été à l'hôpital. Ici elles sont toutes connues par le même nom, on leur met le même visage. Qui les voit croit que c'est toujours la même personne, mais ce n'est pas vrai. Il est déjà arrivé d'être à l'hôpital quatre le même jour, *mais jamais plus d'une à la fois*. Cependant elle se souvient de toute son existence à l'asile, parce que toutes les sœurs ont la pensée les unes des autres. Mais cela seulement pour ce qui concerne leur vie asilaire.

Fréquemment elle parle à la troisième personne, pour bien montrer qu'un certain fait est arrivé à une de *ses sœurs* et pas à elle, ou à la première du pluriel, pour faire remarquer la multiplicité des personnalités. Par exemple : « Il y a six ans que nous sommes ici », ou alors : « Elle semble la même personne, car *elle* dit tout ce qui est arrivé. »

La *dissociation mentale* progresse relativement vite. Le délire s'effrite, mais *l'illusion des sosies persiste toujours*.

Obs. VI. — B., sans profession, 61 ans. *Psychose hallucinatoire chronique*. Branche paternelle : le grand-père est mort en démence, un oncle semble avoir souffert d'atrophie musculaire progressive ; le père est mort à la suite d'un ictus apoplectique. Branche maternelle : la grand'mère a eu plusieurs ictus et deux tantes sont mortes aliénées. Après quelques bouffées délirantes qui ont guéri, s'installe un délire systématisé de persécution, avec un discret coloris de grandeur, des hallucinations auditives, des interprétations délirantes et des néologismes.

Elle dit qu'à l'asile il y a plusieurs médecins semblables à M. le Dr Bahia (le directeur de l'établissement) et à moi-même. Tous travaillent à l'asile. Il est difficile de distinguer ces différentes personnes. Celui-là seul qui les connaît bien peut en être capable.

Je commencerai par faire une petite remarque : c'est qu'aucun de mes malades n'a employé le vocable *sosie* que, en portugais (*sósia*), les gens très instruits seuls connaissent et emploient.



Toutefois, M... (Obs. I), ayant une certaine instruction, je lui ai demandé un jour si les *personnes semblables* n'étaient pas des *sosies*. « Quelques-unes peuvent l'être, a-t-il répondu, d'autres non, car un *sosie*, c'est un individu *exactement égal* à un autre et ceux-ci sont seulement, en général, extrêmement semblables. » Or, quoique, à la lettre, le sens du terme soit celui-ci, dans le symptôme *illusion des sosies*, il ne s'agit jamais, ou presque jamais, d'une identité photographique, car les malades insistent sur les *petits signes distinctifs* entre les divers sosies. Ainsi, Mme de Rio Branco, le *cas princeps* de M. Capgras, explique comme elle distingue les sosies : « Ça se voit à des détails... un petit signe à l'oreille... la figure plus mince... la moustache plus longue... les yeux de couleur différente... la façon de parler... la façon de marcher... » Expressions que je trouve dans la bouche de tous mes malades, celle de l'Obs. IV exceptée, parce que celle-ci dit nettement qu'il s'agit de personnes tout à fait pareilles (*as iguaisinhas*).

Il y a un fait curieux sur lequel insistent Larrivé et Jasienski. Toutes les observations publiées jusqu'alors concernaient des femmes. Je connais seulement deux exceptions à cette règle : l'Obs. XIII de Mlle Derombies et mon malade M... (Obs. I). Quoiqu'on ne puisse voir aisément la raison de cette préférence, il est certain que ce sont presque toujours des femmes qui sont dupes de l'*illusion des sosies*.

Pour expliquer la genèse du symptôme, M. Capgras invoque : « un état affectif d'abord, une habitude, une tournure d'esprit ensuite », c'est-à-dire un trouble affectif initial qui, le premier, déclencherait le phénomène, et une *attitude mentale* (Séglas) qui lui donnerait de la stabilité et l'étendrait progressivement.

*Mais quel est ce trouble affectif qui nous semble être à la base de la méconnaissance ?* se demande Mlle Derombies. Il semble qu'il s'agisse d'une modification de la cénesthésie, mais se traduisant de différentes façons : soit l'*inquiétude*, l'*anxiété*, soit une *intuition délirante*, un *état passionnel morbide*, un *sentiment d'étrangeté intérieure*...

D'autres théories sont venues ensuite. Quelques-unes, se rapprochant des précédentes, insistent sur l'importance de l'élément affectif, d'autres mettent au premier plan un trouble intellectuel.

Après avoir cité les principales de ces théories, Mlle Derombies rappelle que Kinner-Wilson et Pierre Janet rapprochent certains troubles éprouvés par des épileptiques au moment de l'aura des impressions d'étrangeté, de non réalité observées chez les

psychasthéniques et cite l'hypothèse de Franckhauser et de plusieurs neuro-psychiatres de l'Ecole suisse qui prétendent expliquer les phénomènes de fausse reconnaissance, illusion de fausse familiarité et de non familiarité par une *dysjonction* entre les couches corticales extérieures (reconnaissance et idéation) et les inférieures (perception).

« Ces dernières théories, continue Mlle Derombies, nous feraient envisager la possibilité d'une *explication univoque*, applicable peut-être à tous les troubles de la reconnaissance que nous avons étudiés : *Illusion de sosie*, impression de jamais vu, fausse amnésie, méconnaissance, impression de déjà vu, fausse reconnaissance. »

Or, je crois que l'Obs. I est très intéressante à ce point de vue, parce que, à l'*illusion des sosies* tout à fait classique, ce malade joint, pendant quelques années, l'*illusion du déjà vu* d'une façon continue, systématique. D'autre part, l'*illusion de sosie* alterne avec la méconnaissance *pure et simple* (pendant une année, de février 1927 à février 1928 et depuis juillet 1935).

Dans un des travaux que j'ai consacré à l'*illusion des sosies*, en portugais (1), j'insiste sur le rapport qui doit exister entre les deux phénomènes, *illusion des sosies* et *illusion du déjà vu*. Je ne puis m'étendre ici sur ce point, mais j'appelle seulement l'attention sur cette coexistence, ce qui ne s'est pas encore rencontré dans aucune des observations qui ont vu le jour.

Dans l'une et l'autre, nous avons comme symptômes : a) un trouble simple et primitif ; b) une *attitude mentale* qui lui donne de la stabilité, le fait progresser et le transforme en c) un véritable délire, *délire palinognostique* (Mendel) pour l'*illusion du déjà vu*, *délire des sosies*, pour l'*illusion de Capgras*.

Sans employer cette terminologie, Arnaud était arrivé, toutefois, aux mêmes conclusions : « Il me paraît légitime de conclure que *la continuité de l'illusion n'est qu'apparente*, qu'elle est le résultat d'une sorte d'entraînement, d'une habitude ayant déterminé un *faux pli* de l'esprit et un véritable délire. »

Parlant du délire des sosies, M. Capgras écrit : « De la sorte, elle (Mme de Rio Branco) arrive presque, sinon au délire métabolique, du moins au délire de métamorphose. » Je crois qu'on peut dire même *délire métabolique* sans aucune restriction. « C'est incroyable la comédie qui se joue avec les *sosies* », dit Mme de Rio Branco. Et, qu'est-ce que le *délire palinognostique*, du moins

(1) Alberto BROCHADO. — *O síndrome de Capgras*. Portugal Médico, n° 3, mars 1932.

dans des cas semblables à celui de M... (Obs. I), sinon une modalité de *délire métabolique* ? Une telle répétition, symétrique et mécanique, de la vie, ne peut être qu'une vaste comédie. Le malade d'Arnaud attribuait cette comédie à des machinations des siens, comme M... affirme que les articles sont répétés intentionnellement et que le journal qu'il lit n'est pas le vrai journal, imprimé pour tout le monde, mais un journal composé exprès pour lui.

L'épisode des lettres écrites au D<sup>r</sup> Lemos me fait croire que M..., comme le malade d'Arnaud, éprouvait l'impression du *déjà-vu*, non seulement pour les perceptions, mais aussi pour ses propres souvenirs.

Le rôle de l'élément affectif dans la genèse de l'illusion des sosies apparaît évident dans presque toutes mes observations, mais avec des modalités différentes. Dans les cas I et II, ce serait peut-être la haine morbide, symptomatique de la psychose, exacerbée peut-être, dans le cas I, par l'insistance avec laquelle le père — qui attribuait les troubles mentaux de son fils exclusivement à la syphilis — prétendait lui faire subir des traitements spécifiques, que celui-ci refusait énergiquement. Dans l'observation V, l'illusion est nettement engendrée par les sentiments que fait naître dans la malade une attitude que celle-ci estime hostile — administration de médicaments, application de la camisole. C'est le mécanisme invoqué par Roger Dupouy et Montassut. Dans le cas III, ce serait peut-être un facteur identique, mais marquant une hostilité plus réelle, la gifle que lui a administrée sa sœur. Mais, dans ce cas, nous voyons l'illusion précédée, pendant quelques jours, d'une idée délirante, celle de l'enlèvement de sa sœur, qui a contribué certainement aussi à l'éclosion du symptôme. Cette idée, de son côté, semble résulter d'un déplacement affectif (Freud) du trauma qui a été la cause occasionnelle de l'accès : les sentiments éveillés par le vol du sac-à-main se sont détachés de son objet primitif et se sont associés à un nouvel objet — la sœur — d'où la croyance à son enlèvement. Dans ce cas, il y a aussi une autre curiosité : la réapparition du symptôme à l'occasion d'un nouvel accès. Cette fois, il est vite rectifié, parce que l'intensité des troubles est petite.

Comme le dit M. Capgras, « le mélancolique, plus ou moins perplexe, cherche la certitude, pose des questions embarrassantes au prétendu sosie, examine certains signes qu'il croit connus de lui seul ». Tous ces détails sont amplement confirmés dans le cas de J...

En ce qui concerne Si..., il est plus difficile d'expliquer, sinon la

génèse, du moins la forme par laquelle le symptôme a fait irruption dans la conscience de la malade. A mon avis, trois hypothèses pourraient être admises : a) une hallucination visuelle se serait jointe à la perception réelle de la mère, au moment de la visite ; b) toute la scène racontée aurait été vécue dans un état hallucinatoire ; c) il s'agirait, tout simplement, de *faux souvenirs*. Si la première hypothèse était exacte, on aurait un exemple de la coexistence de la vraie personnalité et de son sosie, laquelle, comme observe Vié, ne s'est encore manifestée dans les observations publiées. Car, dans celles-ci, jamais des hallucinations visuelles ne sont intervenues dans le déterminisme de l'illusion. Des hallucinations auditives, par contre, ont été déjà notées dans ce déterminisme-là.

Reste le cas VI, dont le mécanisme psychogénétique n'est pas très net. Peut-être s'agirait-il du sentiment d'étrangeté invoqué pour M. Capgras ; peut-être aussi, comme je me le suis demandé dans un travail publié en portugais (1), l'idée de sosie ne serait que l'aboutissement des idées de grandeur de la malade lesquelles, quoique légères, n'en étaient pas moins délirantes. Celle-ci se croyait apparentée à plusieurs personnes d'une condition sociale un peu supérieure à la sienne. Elle a plus de 700 parents dans ces conditions. Or, après en avoir multiplié le nombre, n'irait-elle pas jusqu'à dédoubler, en plusieurs individualités distinctes, ceux avec qui elle vit de plus près ? Un petit fait me semble démontrer que cette hypothèse n'est pas complètement invraisemblable : c'est que la malade n'a jamais affirmé l'existence de sosies des personnes qu'elle n'aime pas — le personnel par exemple.

Mlle Derombies se demande « lequel des deux apparaît en premier lieu, ou l'idée, souvent délirante, concernant le vrai personnage, ou la création d'un sosie », et incline pour une certaine priorité de la certitude délirante. Il y a, certes, des cas où il en est ainsi, l'Obs. III le prouve nettement. L'idée du rapt a précédé et préparé l'idée de l'existence d'un sosie.

Comme le remarque encore Mlle Derombies, l'illusion des sosies se rapporte toujours à un être qui, d'une façon ou d'une autre, suscite chez le malade un intérêt affectif intense. « Les étrangers, les objets quelconques, ne semblent pas transformés, ils sont reconnus immédiatement. » Cependant, on note quelquefois une *méconnaissance des objets familiers*, mettons même une

(1) Alberto BROCHADO. — *La génèse de l'illusion des sosies*. Portugal Médico, n° 6, juin 1934.

*illusion des sosies des choses* : « On a truqué sa malle, dit la malade de Bouvier, on lui a fait faire des vêtements copiés sur les siens, on a imité les faux plis et l'usure, mais elle se rend bien compte de la supercherie. » Elle s'étonne cependant de la ressemblance parfaite. Mon malade de l'Obs. I a aussi affirmé, comme nous l'avons vu, que les lunettes, aussi bien que le pardessus, n'étaient pas les siens, mais *très semblables*.

Dans les cas publiés, quand les malades parlent de sosies d'eux-mêmes, il s'agit toujours d'une ressemblance physiionomique, externe. Les personnalités, par contre, demeurent entièrement distinctes. Les sosies de Ad... (Obs. V), toutefois, sont liés, non seulement par une ressemblance physiionomique, mais aussi par une identité interne, psychique. Elles ont la pensée les unes des autres, quoique seulement pour ce qui concerne leur vie asilaire. C'est-à-dire, l'*illusion des sosies* conduit, dans ce cas, au dédoublement de la personnalité.

Une dernière remarque pour terminer. « Les sosies ne sont pas immatériels, sans corps », dit Mlle Derombies. Or, quoique dans mes cas il en soit presque toujours ainsi, nous avons vu que A., à côté des personnes *en chair et en os*, admettait l'existence de *pensées* qui, pourtant, parlent et agissent comme les *personnes naturelles* et ne s'en distinguent en rien.

---



## LES TENDANCES ACTUELLES DE LA PSYCHIATRIE EN SUISSE

PAR

A. REPOND

L'exercice de la médecine mentale, bien plus que celui de toutes les autres branches de l'art de guérir, dépend du degré de civilisation d'un pays, de son statut politique, de son état social, de sa législation, de sa prospérité matérielle, de ses préjugés usuels, de ses conceptions religieuses et morales, bref, de l'ensemble des conditions spirituelles et matérielles dans lesquelles il vit.

Cette constatation est peut-être plus frappante en Suisse qu'ailleurs, où les 24 petites républiques, fort différentes les unes des autres, qui composent ce pays, ont gardé leurs traditions, leur régime et leur législation propres pour tout ce qui concerne l'assistance publique et l'assistance aux aliénés, le code pénal, l'administration et bien d'autres choses encore, qui exercent une influence directe sur la pratique de la médecine mentale. En voici quelques exemples : certains cantons, tel que Neuchâtel ou Genève, possèdent une loi assez complète sur le régime des aliénés. A Neuchâtel, le Procureur de la République y possède un droit de contrôle sur les internements. Ailleurs, ce droit sera dévolu à une autorité administrative ou exécutive, à une Commission de Surveillance ou au Conseil d'Etat. Autre exemple : le canton de Vaud s'est offert une loi sur la stérilisation des aliénés qui, bien que parfaitement rédigée et maniée avec une extrême prudence, est un objet de vive réprobation pour les deux pays catholiques voisins de Fribourg et du Valais.

La plupart des cantons suisses, cependant, ne possèdent aucune loi spéciale sur le régime des aliénés, mais seulement des décrets déterminant l'activité des établissements officiels pour malades mentaux, les conditions d'admission, d'interne-

ment, d'exeat, les compétences médicales et administratives des médecins directeurs, des économes, des autorités de surveillance, etc...

Les charges de l'assistance aux aliénés nécessiteux sont, dans la plupart des cantons, partagées entre l'Etat et les communes de domicile et d'origine. La répartition de ces frais varie d'ailleurs beaucoup d'un canton à l'autre : dans certains, l'Etat en assure la presque totalité ; dans d'autres, il n'intervient pas du tout ou pour une minime partie seulement. Ce partage dépend souvent de la situation financière des communes ou des bourgeoisies qui doivent payer pour leurs malades un prix proportionnel à la fortune ou au revenu de la collectivité. La répartition des charges d'assistance entraîne du reste parfois des conflits administratifs : certains malades possèdent, par exemple, la bourgeoisie de deux communes différentes, qui essaient alors de rejeter l'une sur l'autre les frais d'internement ; des difficultés peuvent aussi se présenter pour la répartition des charges entre la commune de domicile et la commune d'origine, ou encore à l'occasion du rapatriement des aliénés indigents dans leur canton d'origine. On apprécie aussi différemment, suivant les cantons, les conditions de fortune ou plutôt d'indigence donnant à un malade le droit d'être soigné aux frais de l'assistance publique : il peut donc arriver, par exemple, que l'on interne à Genève comme aliéné nécessiteux un Valaisan qui y habite, puis qu'on le transfère dans l'asile de son canton d'origine, où les autorités communales responsables refusent d'assumer la charge de son entretien pour la raison que la famille du malade dispose d'un revenu tel qu'elle ne saurait être considérée comme indigente d'après les conditions économiques du Valais.

De pareilles situations peuvent avoir une certaine influence sur le sort des malades. En effet, quand les frais de traitement incombent à une famille plus ou moins besogneuse, à une petite commune pauvre, il est naturel que l'on retarde le plus possible l'entrée du malade à la clinique, qu'on restreigne le placement d'office aux cas les plus graves, et, qu'on ne soigne guère les psychoses légères ne faisant pas de symptômes bruyants ou ne présentant pas de dangers apparents pour la sécurité publique. Aussi, les suicides des mélancoliques sont-ils assez fréquents dans certains cantons : on n'y prend qu'à regret l'initiative d'un internement qui entraînerait, si le malade est nécessiteux, l'obligation de subvenir à son entretien dans l'asile. De même, on a tendance à limiter à cause des frais la durée du traitement des malades au plus strict minimum. Cela n'est pas toujours un désa-

vantage et l'on sait combien une sortie précoce peut hâter la guérison dans certaines formes de schizophrénie, sinon même la provoquer. Quand l'Etat assume les frais, les familles et les autorités communales opposent plus volontiers des difficultés à la sortie des malades, se montrent plus sensibles à la persistance de certains symptômes, à certains traits pénibles du caractère, à la possibilité d'un risque, même minime, pour la sécurité publique. Le résultat en est que dans les cantons où l'Etat se montre généreux, les asiles sont facilement encombrés de cas chroniques et qu'il faut toute l'énergie du médecin pour imposer leur sortie.

C'est en partie, pour remédier à ces difficultés et ces complications qu'Auguste Forel avait tenté, il y a une trentaine d'années, d'obtenir une loi fédérale sur le régime des aliénés. Malgré l'appui que la Société Suisse de Psychiatrie donnait à ce projet, il échoua, car son acceptation eût entraîné le transfert à la Confédération de la plupart des compétences, comme des charges, de l'Assistance publique, chose impossible à concilier avec le fédéralisme qui caractérise les institutions helvétiques.

La bigarrure administrative du régime des malades mentaux est encore renforcée par le fait que, chaque canton possédant son propre code pénal, l'appréciation des délits ou des crimes commis par les psychopathes varie aussi passablement d'un endroit à l'autre, de même que les mesures de protection prises contre eux. Un psychopathe déclaré irresponsable dans un canton ne le sera pas nécessairement dans un autre. Si ce malade est originaire d'un autre canton que celui où il a été déclaré irresponsable, il sera rapatrié dans l'asile de son canton d'origine. Les frais de son entretien tombant désormais à la charge de sa commune, celle-ci pourra, si le cas n'est pas trop grave, refuser de les assumer, et le malade sera remis en liberté : parfois sans contrôle aucun.

Ce serait cependant une erreur de ne voir de ces régimes si divers, auxquels sont soumis les asiles suisses, que les inconvénients. Les difficultés administratives que j'ai relevées sont assez exceptionnelles et cette décentralisation présente en contre-partie bien des avantages qui me semblent même l'emporter de beaucoup. Les petites collectivités que forment les cantons suisses fonctionnent tout naturellement d'une manière plus souple qu'un grand Etat et il est toujours possible de remédier aux insuffisances dont je parlais tout à l'heure. Il est aussi plus facile d'organiser en petit des œuvres d'assistance, de réaliser un progrès social pour une communauté limitée que si l'œuvre

devait s'étendre simultanément à tout le pays. D'ailleurs, les besoins des différents cantons sont aussi fort divers et les œuvres sociales ne sauraient être les mêmes, par exemple, dans un canton industriel et citadin que dans un autre presque exclusivement agricole. Les polycliniques psychiatriques qui existent dans toutes les villes universitaires et sont très fréquentées par la population citadine ne pourraient guère fonctionner dans les contrées rurales. Celles qui ont été créées dans les asiles situés à la campagne ne sont, si je suis bien renseigné, guère fréquentées, malgré la gratuité des soins.

Les différences politiques, administratives, législatives des cantons ne sont pas les seules à exercer une influence sur la pratique de la médecine mentale en Suisse. Il y a, de plus, les divergences confessionnelles qui sont fort importantes (deux tiers environ de la Suisse sont protestants et un tiers catholique) et enfin, comme on le sait, sa culture est triple et déterminée en grande partie par celle des trois grands pays d'Europe dont elle partage les langues. L'influence de chacun de ces pays ne s'arrête pas à son territoire linguistique, elle peut le déborder sensiblement ou créer avec une autre des zones d'interférence ou de luttes dans lesquelles les diverses doctrines, tantôt se fondent et s'harmonisent, tantôt s'affrontent nettement, car elles trouvent toujours dans le pays certains protagonistes plus ou moins intransigeants. C'est un fait aussi que l'influence doctrinale et scientifique des divers pays varie tant en qualité qu'en quantité suivant les époques. Avant la guerre mondiale, par exemple, il est constant que l'influence de la psychiatrie allemande était prédominante dans toute la Suisse au point de vue théorique et pratique. Cette prépondérance, qui ne se bornait pas au domaine de la psychiatrie, était due partiellement à l'identité du cours des études médicales, qui permettait aux étudiants suisses d'aller passer quelques semestres dans les Universités allemandes sans retarder pour autant leurs études et leurs examens. Cela ne veut pas dire d'ailleurs que la psychiatrie suisse ait suivi aveuglément les enseignements venus d'Allemagne ou qu'elle ait accepté sans autre ses doctrines scientifiques officielles. Une preuve en est l'intérêt immédiat qu'éveilla en Suisse la psychanalyse, et, le fait que la plupart des aliénistes suisses s'inspirèrent aussitôt de ses découvertes et de ses doctrines, alors que celles-ci étaient combattues, comme elles le sont encore du reste actuellement, par la grande majorité des maîtres allemands. Le seul de ces derniers, dont on peut dire qu'il exerça sur la psychiatrie suisse une influence prépondérante et qui dure encore, est : Kræpelin,

dont les conceptions sur la démence précoce et la cyclothymie furent très vite suivies, et dont la systématisation fut aussi adoptée pour l'établissement des statistiques officielles, alors que ce n'était le cas ni en Allemagne, ni en Autriche.

Cette entente de toute la psychiatrie suisse sur la classification des maladies mentales eut évidemment pour résultat de créer une certaine unité dans la manière de considérer quelques problèmes psychiatriques fondamentaux. Il n'est pas indifférent, en effet, que l'on se soit entendu dans tout le pays sur les critères diagnostiques des affections mentales les plus fréquentes ou sur l'appréciation des résultats thérapeutiques.

Cet accord à propos des conceptions cliniques essentielles a été beaucoup favorisé par le fait qu'il n'y a guère eu, jusqu'à maintenant, qu'une seule école psychiatrique suisse : celle du Bûrgli à Zurich. Elle doit le début de sa renommée à Auguste Forel, auquel succéda Bleuler. L'influence de ces deux hommes et surtout du dernier a été absolument prépondérante sur les aliénistes suisses, et, ce sont actuellement les élèves directs de Bleuler qui occupent, à l'exception d'une seule, les chaires de psychiatrie des Universités du pays, ou sont à la tête des établissements officiels et privés pour malades mentaux. La formation qu'un maître si éminent a donné à toute une génération d'aliénistes et qui se continue par l'intermédiaire de ses élèves est encore déterminante pour l'attitude mentale de nombreux psychiatres suisses qui suivent toujours ses traces, continuent à étudier les problèmes qu'il a posés, se meuvent dans les limites des conceptions psychiatriques qu'il a tracées, acceptent encore sans les mettre en doute les idées fondamentales qui sont les siennes. Cette unanimité tacite se révèle assez nettement dans les assemblées de la Société Suisse de Psychiatrie où, somme toute, on n'attaque guère le point de départ ou les prémisses des travaux scientifiques qui y sont présentés, et qui s'appuient pour la plupart sur l'ensemble des notions fondamentales, critériologiques et méthodologiques, pensées et établies par Bleuler.

Il est un autre caractère très important commun aux aliénistes suisses, et qui n'est pas dû à une formation théorique, à un entraînement doctrinal quelconque, mais procède du sens social si développé chez le peuple suisse. La psychiatrie de notre pays est, en effet, avant tout sociale, et, bien avant la création du mouvement pour l'hygiène mentale, une grande partie des efforts des aliénistes étaient voués à des tâches de prophylaxie générale. Je rappelle à ce propos l'extraordinaire activité déployée par



Auguste Forel dans la lutte contre l'alcoolisme qu'il organisa, non seulement en Suisse, mais à l'étranger. Il réussit si bien à faire partager ses opinions à cet égard par les aliénistes de notre pays, qu'il était considéré, par exemple, comme allant de soi, qu'un psychiatre fût abstinent afin de servir d'exemple vivant dans la lutte contre l'abus de la boisson. C'est à son activité aussi qu'est due la création de multiples établissements pour les buveurs, de centres de prophylaxie contre l'alcoolisme, de lois contre l'abus des boissons, etc... Dans un domaine psychiatrique plus limité, il faut signaler aussi la création de nombreuses sociétés de patronage pour les aliénés, dont les buts sont de répandre dans la population certaines connaissances utiles concernant les maladies mentales et surtout de s'occuper des malades sortant des asiles améliorés ou guéris, de leur trouver un travail en rapport avec les ménagements qu'impose encore leur état, de venir en aide moralement et financièrement aux familles des aliénés, etc...

C'est aussi à cette activité sociale de la psychiatrie suisse qu'est due la création de services de placement hétéro-familial pour les aliénés, qui fonctionnent dans plusieurs cantons. D'autres milieux de la population n'avaient pas attendu d'ailleurs que la psychiatrie fût, en hésitant, ses premiers pas au dehors des murs des asiles et abordât les problèmes de l'assistance aux catégories de psychopathes auxquels elle ne s'était guère intéressée tout d'abord. C'est le mérite d'une vénérable association, dite : Société Suisse d'Utilité Publique, dont l'activité s'étend à tout le pays, que d'avoir créé ou tout au moins stimulé la création d'une quantité d'œuvres de patronage, de maisons d'éducation et de rééducation en faveur de l'enfance anormale, abandonnée, de l'adolescence dévoyée ou délinquante, etc. Il existe en Suisse une très grande quantité de pareilles œuvres d'assistance, dont la création et l'entretien sont dus presque exclusivement à l'initiative privée, et auxquelles la psychiatrie suisse n'a jusqu'à maintenant coopéré que pour une assez faible part.

Cependant, au cours de ces dernières années, sous l'influence du mouvement en faveur de l'hygiène mentale, et surtout à cause du grand développement pris par les méthodes psychothérapiques dans l'éducation et la rééducation des enfants psychopathes, difficiles et délinquants, la plupart de ces œuvres eurent recours de plus en plus aux conseils et à l'activité des aliénistes pour l'accomplissement de leur tâche spéciale. Beaucoup de pédagogues chargés de la rééducation des anormaux se sont mis aussi au courant des méthodes modernes de la psychothérapie

et surtout de la psychanalyse pour les utiliser dans leur profession, en sorte que bien des Instituts, dirigés autrefois d'après les principes élémentaires de la pédagogie traditionnelle, se servent actuellement des méthodes psychologiques les plus modernes. L'Institut des Sciences de l'Education à Genève (anciennement appelé Institut Jean-Jacques Rousseau) et l'Institut dit de Pédagogie curative à Zurich, qui forment le personnel désireux de se dévouer à l'enfance anormale, ont beaucoup aidé à cette évolution.

La propagation des idées et des méthodes de la psychothérapie dans le public n'a, d'autre part, pas été sans créer quelques inconvénients. Alors que la psychanalyse ne reconnaît le droit de pratiquer cette branche de la psychothérapie qu'aux personnes en ayant suivi l'enseignement spécial, ayant été analysées elles-mêmes, et pratiqué sous contrôle des analyses didactiques, il s'est créé en marge, et surtout dans certains cantons, toute une foule de psychothérapeutes non médecins : pédagogues, pasteurs, anciens malades mêmes, dont l'intérêt pour les problèmes de la psychopathologie n'était fréquemment déterminé que par leurs propres anomalies, et qui essayaient de soulager les autres avec plus d'ardeur que de compétence. Ces psychothérapeutes amateurs, qui s'affublent des titres les plus divers tels que : pathopsychologues, orthopsychologues, etc... commencent même dans certains cantons où ils sont plus particulièrement nombreux à devenir un certain danger, non seulement par la concurrence qu'ils font aux aliénistes pratiquant la psychothérapie, mais surtout par leur absence de culture médicale, et le tort qu'ils peuvent ainsi faire aux malades eux-mêmes. La Société Suisse de Psychiatrie et le Comité National d'Hygiène Mentale ont commencé à s'émouvoir de cet état de choses. Cependant, il ne semble pas, étant donné l'état actuel de la législation et surtout le manque de frontière définie entre les névroses et les anomalies du caractère et du comportement qui peuvent être considérées comme du ressort de mesures pédagogiques rééducatives spéciales, qu'il soit possible encore d'intervenir d'une manière efficace contre un abus.

On sait que la majorité des aliénistes suisses n'a jamais fait à la psychanalyse une opposition de principe : bien au contraire, l'adhésion de Bleuler et de Jung, et les importants travaux scientifiques de ces deux maîtres sur l'application de la psychanalyse à la compréhension psychologique des maladies mentales fonctionnelles, notamment de la schizophrénie, firent accepter très vite une partie tout au moins des théories psychanalytiques

comme un chapitre de la psychiatrie et de la psycho-pathologie. L'intérêt même apporté à ces questions et les nombreuses études qu'elles suscitèrent furent ensuite la principale cause des dissensions qui se produisirent entre les différentes écoles nées de la psychanalyse. Le mouvement sécessionniste commença avec Jung, qui se sépara avec éclat de Bleuler, puis de Freud, et qui fut suivi par la plupart des psychanalystes suisses de l'époque. Bleuler, à son tour, demeura à mi-chemin dans l'acceptation des théories de Freud, et la rupture scientifique fut consommée entre ces deux maîtres. Adler, qui se sépara à son tour de Freud, emmena avec lui quelques élèves, et il n'est pas jusqu'à Stekel lui-même qui, avec ses théories élémentaires, ne réussit à gagner l'un ou l'autre adepte dans la psychiatrie suisse. Mieux encore, la Société Suisse de Psychanalyse se scinda en deux il y a quelques années, non pour des raisons scientifiques mais pour un dissentiment purement pratique concernant l'exercice de la psychanalyse par des non-médecins. Un bon nombre de médecins analystes s'en retirèrent pour fonder une société indépendante, alors que dans l'ancien groupement, seul reconnu officiellement, demeurèrent tous les analystes non-médecins, dont plusieurs avaient apporté d'importantes contributions scientifiques au développement des théories de Freud et à leur application à l'art, la religion, l'histoire, l'anthropologie, etc... Ces dissensions anciennes, presque oubliées maintenant, sont toutefois toujours demeurées à la périphérie du mouvement psychiatrique suisse et n'ont exercé aucune influence sur l'activité pratique et scientifique de la société qui rassemble la presque totalité des aliénistes du pays. La Société Suisse de Psychiatrie (qui jusqu'en 1919 portait le nom de Société Suisse des médecins aliénistes) compte environ 150 membres. Elle exige, pour qu'un candidat soit reçu au nombre de ses membres ordinaires, qu'il ait été médecin assistant pendant trois ans au moins dans un établissement pour malades mentaux. Le société se réunit deux fois par an, et les travaux qui lui sont présentés sont généralement d'une haute tenue scientifique.

Entraînée par les nécessités de l'heure, la Société de psychiatrie a dû, en plus de son activité scientifique, aborder l'étude de questions pratiques, par l'intermédiaire de commissions spéciales. La plus ancienne est la commission dite « des asiles » qui a entre autres abordé et résolu de manière satisfaisante le problème capital de la formation du personnel infirmier spécialisé pour maladies nerveuses et mentales. Auparavant, ce dernier était, comme dans la plupart des pays, recruté au petit

bonheur dans la classe paysanne ou ouvrière, et ne recevait aucune formation professionnelle quelconque. On laissait au soin de l'infirmier chef d'un asile le souci d'initier les nouveaux employés aux détails du service, et il est à peine besoin de dire que cette préparation toute empirique était presque toujours insuffisante. De plus, ce personnel occasionnel ne présentait souvent aucune vocation particulière pour la profession d'infirmier : considérant même cette situation comme temporaire, comme un pis aller, en attendant mieux, il n'avait aucune stabilité. D'après les calculs auxquels je me suis livré lors de l'établissement des programmes de formation pour les candidats infirmiers, la proportion des changements annuels dans le personnel variait, suivant les asiles, de 60 à 100 0/0. Il est facile de se rendre compte par ces chiffres quelle pouvait être la qualité technique des soins qui étaient donnés aux malades mentaux. Cet état de choses a maintenant radicalement changé. La commission nommée à cet effet par la Société Suisse de Psychiatrie et présidée par le Dr Morgenthaler avec autant de compétence que de dévouement, établit d'abord un programme minimum d'études théoriques et pratiques obligatoires, donnant droit aux infirmiers de se présenter aux examens devant une commission spéciale. Les branches d'examen sont les suivantes : éléments d'anatomie normale et pathologique, de physiologie et physiopathologie, de pathologie générale, et enfin de soins aux malades corporels. Ce dernier examen est théorique et pratique. Les gardes-malades déjà en possession d'un diplôme de Croix-Rouge ou de son équivalent en sont dispensés. Puis les infirmiers sont interrogés sur leurs connaissances en psychologie et psychopathologie générale, sur les principaux points de la psychiatrie clinique, de la législation concernant les aliénés (code civil, code pénal, lois d'assistance) et de l'hygiène mentale ; la dernière branche d'examen et la plus importante concerne les soins aux malades mentaux (examen théorique et pratique). Pour l'obtention des certificats d'examen il est tenu compte aussi d'une note d'expérience décernée par les directeurs des hôpitaux où travaillent les infirmiers ; un stage préalable de deux ans dans un établissement d'aliénés est nécessaire pour se présenter à l'examen, et la durée des cours théoriques et pratiques fixés d'abord à six mois a été portée à une année. Après l'obtention du certificat d'examen, les infirmiers ont à travailler une année encore dans un asile, et, ceci à la satisfaction des médecins, avant d'être mis en possession de leur diplôme. Ce système de formation, uniforme dans toute la Suisse,



est en vigueur depuis une dizaine d'années et a donné les résultats les plus satisfaisants. Les capacités professionnelles et techniques du personnel infirmier ont beaucoup augmenté et développé chez lui aussi une conscience professionnelle collective très nette, un sentiment souvent profond de la dignité et de l'importance de son rôle en même temps qu'une émulation dont les malades ont bénéficié en tout premier lieu, et qui a sensiblement amélioré la tenue des établissements pour psychopathes.

Ces progrès n'ont cependant pas été obtenus sans peine, car ils ne pouvaient pas être imposés et bien des directeurs d'établissements y ont opposé au début des objections plus ou moins valables. Depuis qu'il est ainsi formé, le personnel infirmier se montre aussi infiniment plus stable dans sa profession et ceci au point qu'il est devenu exceptionnel qu'un garde-malade diplômé quitte sa place ou doive être congédié pour une faute technique. Il faut ajouter d'ailleurs que les conditions matérielles dont jouissent les infirmiers sont bien supérieures à ce qu'elles étaient avant guerre et que presque partout, par exemple, ils ont droit maintenant à une retraite à partir d'un certain âge et de 25 ans à 30 ans de service.

La Société Suisse de Psychiatrie a constitué récemment une commission spéciale dite « de psychothérapie » chargée entre autres de défendre les intérêts des aliénistes n'appartenant pas aux cadres des asiles et qui pratiquent la psychiatrie isolément. En effet, les caisses d'assurances maladies très développées en Suisse font des difficultés de plus en plus grandes pour reconnaître leur obligation d'assurer un traitement psychothérapique aux malades qui en ont besoin. Certaines d'entre elles n'ont jamais voulu admettre la psychothérapie, et les autres, à cause de la crise économique qui leur impose des charges toujours plus grandes tout en diminuant leurs recettes, tendent de plus en plus à refuser aux névroses le droit à des soins spéciaux.

La commission de psychothérapie va aussi s'occuper de définir et de préciser certaines conditions d'activité de cette nouvelle branche de la psychiatrie et elle s'efforce de maintenir le contact avec des sociétés scientifiques étrangères fort éprouvées par les changements politiques récents survenus dans certains pays.

Le Comité National Suisse d'hygiène mentale, fondé en 1926, est également une création de la Société Suisse de psychiatrie et il est chargé d'organiser et de coordonner dans tout le pays les efforts faits en vue de l'hygiène et la prophylaxie mentales.



Il se compose d'un certain nombre de groupes voués à l'étude de tâches spéciales qui sont actuellement les suivantes :

Propagande générale : D<sup>r</sup> A. Repond.

Commission de statistique : D<sup>r</sup> Bersot.

Prophylaxie générale : D<sup>r</sup> O. Forel.

Prévention des accidents du travail : D<sup>r</sup> Blum.

Hygiène mentale et médecine générale : (D<sup>r</sup> Morgenthaler.

Hygiène mentale dans la législation et l'application des peines : Prof. Maier.

Prophylaxie de la délinquance juvénile : D<sup>r</sup> de Saussure.

Hygiène mentale dans l'armée : D<sup>r</sup> Brunner.

Hygiène mentale dans les asiles : D<sup>r</sup> Steck.

Hygiène mentale et formation du personnel infirmier pour les maladies physiques : D<sup>r</sup> de Fischer.

Hygiène mentale de l'enfance : D<sup>r</sup> Tramer.

En outre certaines sociétés d'utilité publique, telle que l'association « Pro Juventute » ; le Cartel Romand d'hygiène morale et sociale ; l'Association Suisse en faveur des anormaux, etc... sont représentées par des délégués au Comité National d'Hygiène Mentale, et certaines d'entre elles ont appelé des membres de ce Comité à siéger avec les leurs pour étudier les tâches communes et tenter de les réaliser de la façon la plus efficace et la plus adéquate. Cette collaboration, qui pourrait d'ailleurs être plus étroite et plus active, a cet avantage d'éviter l'émiettement des forces qui est particulièrement à redouter en Suisse, et à faire collaborer les psychiatres avec tous ceux qui sont engagés dans un domaine d'activité sociale quelconque.

Le Comité National d'Hygiène Mentale a publié déjà une vingtaine de brochures populaires de propagande traitant les sujets les plus divers. Celles qui ont connu le plus grand succès sont celles qui étaient rédigées en style aussi simple et direct que possible et contenaient des conseils immédiatement applicables par chacun. Les opuscules plus scientifiques ont pénétré dans d'autres milieux et leur vente a été naturellement beaucoup moins importante. Les conférences par radio qui se donnent régulièrement dans les grands postes émetteurs suisses et surtout en Suisse Romande sont une des formes de propagande les plus efficaces en faveur du mouvement pour l'hygiène mentale. Pour les rendre plus vivantes et plus accessibles, elles ont été, cette année, données sous forme de causeries dialoguées.

Le mouvement pour l'hygiène mentale a éveillé un peu partout un vif intérêt, notamment pour les questions de la psychopathologie quotidienne, pour les menus symptômes qui sont le

lot de chacun et, qui sans atteindre l'intensité d'une névrose caractérisée, contribuent à rendre l'existence difficile et pénible pour beaucoup.

Ce sont surtout les éducateurs qui ont trouvé dans l'hygiène mentale un moyen utile d'enrichir leurs connaissances psychologiques et pédagogiques et de les utiliser pour dépister et comprendre les troubles du caractère et du comportement de leurs élèves, les déficiences intellectuelles, les insuffisances de la concentration de l'attention pendant la classe etc... Au cours de ces dernières années il s'est créé dans divers cantons des services médico-pédagogiques dont l'activité s'est inspirée partiellement des « child guidance clinics » qui fonctionnent aux Etats-Unis. Ces services auxquels, soit les familles, soit les autorités scolaires adressent les cas, s'occupent non seulement du dépistage des anormaux, mais surtout du traitement psychothérapique des enfants difficiles, de ceux qui présentent des troubles du caractère, du comportement. Nous avons organisé, par exemple, depuis cinq ans, en Valais, un pareil service qui dépend de notre établissement de Malévoz. Son activité s'exerce non seulement dans la localité mais dans tout le canton. Des consultations régulières ont lieu deux fois par semaine dans les petites villes du canton et, cette année-ci même, une de nos assistantes a été détachée pendant quelques mois pour entreprendre une campagne d'hygiène mentale dans une grande commune de la montagne, de façon à y dépister dans les écoles les enfants anormaux, y soigner ceux qui sont rééducables, en même temps que pour former autant que possible le corps enseignant, à comprendre les troubles psychopathiques de l'enfance. Nous avons organisé aussi des réunions de parents pour les intéresser aux problèmes de l'éducation dans la petite enfance et dans l'âge préscolaire. De même, nous avons fondé dans plusieurs endroits des cercles d'études de psychologie éducative pour le corps enseignant. On y fait des conférences régulières sur certains points de psychologie ou de psychopathologie infantiles qui sont suivies de discussions. Ces cercles d'études collaborent de la manière la plus heureuse avec les assistantes du service médico-pédagogique.

L'ambition de beaucoup d'asiles cantonaux en Suisse est, actuellement, de créer des cliniques spéciales de neuropsychiatrie infantile. Le Bûrghözli à Zurich en possède une depuis plusieurs années : elle sert non seulement de station de triage, mais aussi de traitement pour les névroses, les troubles du caractère etc... Une autre clinique de psychiatrie infantile est en

voie de création à l'asile de la Waldau, près de Berne, et plusieurs autres établissements n'attendent que l'avènement de conditions plus favorables pour en créer à leur tour.

J'en reviens pour terminer à la psychiatrie clinique qui depuis quelques années met de plus en plus la thérapeutique au centre de ses préoccupations. Cette orientation est encore une des conséquences logiques des travaux de Bleuler qui, cependant, se montrait assez sceptique à cet égard. Les conceptions de Bleuler sur le rôle de « l'autisme » dans la schizophrénie devaient nécessairement conduire à tenter de briser par une rééducation psychologique la tendance anormale des malades à fuir le réel et à se réfugier dans la rêverie. Aussi la thérapeutique par le travail était-elle déjà appliquée dans certains asiles suisses, d'une manière intensive et fort différenciée, bien avant les efforts d'ailleurs très intéressants de Simon à Gütersloh. Je citerai par exemple l'asile de Wil, dans le canton de Saint-Gall, sous la direction du Dr Schiller, ou encore celui de Cery, près de Lausanne, où, sous l'impulsion du Professeur Preisig, on est arrivé à occuper régulièrement près de 90 0/0 des malades. De même, nous avons dès 1920 réussi à créer à Malévoz un milieu psychologique favorable à une emprise suggestive sur les malades mentaux, à y créer une atmosphère sympathique, une ambiance morale heureuse permettant de lutter efficacement contre les symptômes résultant de l'opposition, consciente ou non, des malades à leur internement. Les résultats favorables de cette psychothérapie collective des malades mentaux ont d'ailleurs bien montré l'efficacité de ces méthodes : en effet, on peut constater que dans les cliniques où l'on s'inspire de ces principes psychologiques, les symptômes de négativisme, de refus de nourriture, d'agitation chronique, de violence, ont presque entièrement disparu, et que la guérison des malades, du moins leur réadaptation à la réalité, s'y fait dans des conditions plus aisées qu'ailleurs à cause de la confiance qu'en réussit à leur donner dans les médecins qui les soignent.

Plusieurs cliniques suisses ont entrepris actuellement le traitement des schizophrénies par les « chocs » à l'insuline. Il est encore trop tôt pour pouvoir se prononcer sur les résultats de cette méthode empirique, qui paraît cependant intéressante.

Les établissements privés destinés au traitement des malades nerveux et mentaux sont nombreux en Suisse. Presque tous actuellement sont dirigés par des aliénistes de carrière et la valeur scientifique et clinique de ces établissements ne le cède en rien et parfois est même supérieure à celle de certains asiles

publics. La plupart de ces derniers ont fait aussi, depuis une dizaine d'années, de grands progrès techniques. Presque tous les grands établissements cantonaux se sont récemment modernisés, réorganisés, embellis et mis à même de faire face aux exigences scientifiques et thérapeutiques les plus strictes. Ils ont aussi complété leur outillage par l'organisation de services sociaux, chargés de surveiller les malades sortis de l'établissement, tout au moins de maintenir le contact avec eux, de trouver du travail et un milieu favorable pour les cas incapables de le faire eux-mêmes, pour servir d'agent de liaison entre le malade et les autorités, etc...

Bref, si nous comparons l'équipement technique actuel de la médecine mentale en Suisse, son armement prophylactique, ses possibilités dans l'assistance sociale, avec les moyens dont elle disposait il y a une dizaine d'années seulement, nous pouvons constater partout un progrès considérable. L'intérêt, toujours très vif, des aliénistes suisses pour les méthodes psychothérapeutiques, a trouvé ces dernières années un heureux complément dans le renouveau des moyens thérapeutiques biologiques. Aussi, malgré les difficultés économiques de l'heure présente, la psychiatrie suisse, assurée de l'importance de son rôle et des services de plus en plus grands qu'elle peut rendre à la société, envisage l'avenir avec confiance.

Pour compléter cet exposé, j'ai demandé à un certain nombre de mes confrères, dont l'activité scientifique est notoire, de bien vouloir me renseigner brièvement sur les objets et les tendances générales de leurs recherches actuelles. La plupart m'ont répondu souvent de façon détaillée avec infiniment de bonne grâce, et je les en remercie. Je regrette d'autant plus vivement de ne pouvoir citer *in extenso* certaines réponses extrêmement intéressantes.

En analysant les résultats de ce questionnaire, il me semble qu'on peut répartir en 4 ou 5 classes différentes les recherches faites actuellement par les aliénistes et psychothérapeutes suisses. La psychiatrie clinique fait, comme il est naturel, l'objet des études de la plupart des médecins du cadre des asiles, alors que ceux qui pratiquent la neuro-psychiatrie d'une manière indépendante sont, pour la plupart, occupés à des travaux d'ordre plus étroitement psychologique et psychopathologique. Toutefois, en dehors de ce partage bien naturel des activités scientifiques et qui correspond à l'activité pratique de chacun, il existe des différences très notables quant au point de départ et à l'orientation générale des recherches de chacun. Ceci



se montre bien, par exemple en comparant l'activité scientifique déployée par les chefs des 5 cliniques psychiatriques universitaires du pays. Celle de Genève, sous la direction du Professeur Ladame, est nettement engagée dans une conception purement somatique de la psychiatrie. Le Professeur Ladame m'écrit qu'il envisage de plus en plus la psychiatrie sous l'angle de la médecine générale et s'efforce de lui appliquer, d'une façon toujours plus rigoureuse et minutieuse, les méthodes d'examen de celle-ci. Il veut aussi qu'on exploite la méthode anatomoclinique de la neurologie pour l'étude des affections psychiatriques, et qu'on oriente l'analyse clinique des symptômes neuro-psychiatriques vers les manifestations pathologiques les plus élémentaires, aussi procède-t-il à l'examen toujours plus méthodique des annexes du cerveau, en particulier de l'œil et de l'oreille, et de leurs fonctions.

Le prédécesseur de Ladame, le Professeur Weber qui s'est retiré il y a quelques années, plus éclectique dans sa façon de concevoir les problèmes psychiatriques, y faisait une place importante à la psychologie et à la psychopathologie.

L'autre clinique psychiatrique universitaire de la Suisse romande, celle de Cery à Lausanne, sous la direction du Professeur Preisig (dont nous regrettons la récente retraite), est au contraire nettement orientée vers l'aspect social de la psychiatrie. Preisig déplore qu'on tende actuellement à faire de la psychiatrie une discipline trop exclusivement médicale et dans laquelle au point de vue thérapeutique, on surestime l'importance des traitements médicaux quels qu'ils soient (interventions chimiques, physiques psychothérapie, psychanalyse). On ne peut bien comprendre le traitement du malade mental — dit M. Preisig — que si on l'aborde sous son aspect total qui comprend la somme de ses attitudes, de son comportement, de ses symptômes et de ses réactions qui, tous ensemble, forment l'aspect social du malade. Les interventions thérapeutiques spéciales gardent, bien entendu, leur valeur, mais doivent être subordonnées au point de vue général. Le Dr Steck, collaborateur du Professeur Preisig et son successeur, a déjà beaucoup publié sur les sujets psychiatriques les plus divers : sa préoccupation principale semble être l'étude du substratum organique des troubles mentaux.

Le Professeur Staehelin, Directeur de la Clinique psychiatrique universitaire de la Friedmatt à Bâle, étudie surtout des questions cliniques : il s'occupe présentement des toxicomanies et des prédispositions biologiques qui y conduisent. L'un de



ses collaborateurs, le Dr Binder, se livre à des recherches psychologiques ; un autre, le Dr Dukor, s'occupe plus spécialement de questions médico-légales ; et un troisième, le Dr Brugger, continuant la tradition de Rudin, se livre à des travaux de biologie héréditaire. On sait, en effet, que le Professeur Rudin, protagoniste des lois eugéniques allemandes, est d'origine suisse et a dirigé, pendant plusieurs années (1923 à 1928), la clinique de la Friedmatt.

Le Professeur Klaesi, chef de la clinique universitaire de la Waldau à Berne, poursuit, avec ses collaborateurs, des études convergeant vers la démonstration de certaines thèses. Celles-ci tendraient à prouver que les tableaux pathologiques des maladies mentales sont formés par le caractère des malades et expriment leur personnalité qui cherche, par des moyens anormaux, un contact avec la réalité : somme toute, les tableaux pathologiques ne seraient pas la résultante de la maladie seule, mais une résultante, un compromis de celle-ci avec la personnalité préexistante.

Les travaux d'anatomie pathologique faits à la Waldau tendent aussi, actuellement, à édifier certaines théories que M. Klaesi ne peut préciser encore et qui ont trait à l'histoire du développement de différentes attitudes, de réactions et du comportement étudiés parallèlement chez l'homme et chez certains animaux. On sait que le Professeur Klaesi a mis au point, il y a un certain nombre d'années, la thérapeutique de certaines affections mentales, notamment des schizophrénies, par la cure de sommeil prolongé, et qu'entre autres travaux intéressants, il a étudié la signification psychologique et biologique des stéréotypies.

Plus que toute autre clinique, le Burghölzli à Zurich est demeuré dans la tradition de Bleuler et les travaux du Professeur Maier, son successeur, sont plutôt d'ordre pratique et tendent à mettre en valeur et à appliquer les théories de son maître. Il déploie, en outre, une activité scientifique marquante dans le domaine médico-légal, et a publié une remarquable monographie, déjà classique, sur le cocaïnisme.

Telle est, fort résumée, l'activité scientifique actuelle des 5 cliniques psychiatriques universitaires suisses.

La décentralisation et le particularisme helvétiques dont j'ai parlé plus haut font, cependant, que l'activité scientifique n'est nullement concentrée dans les centres universitaires, mais se fait aussi bien remarquer dans les différents établissements cantonaux publics ou privés. C'est ainsi qu'une partie fort importante des

travaux de Bleuler avait été déjà conçue alors que ce dernier était directeur de l'asile cantonal zurichois de Rheinau. De même, un des auteurs les plus marquants de la psychiatrie suisse, prématurément enlevé à la science il y a quelques années, le Dr Rorschach, était médecin adjoint à l'asile d'Hérisau, dans le canton d'Appenzell, lorsqu'il publia ses travaux si connus, notamment ses fameuses expériences sur l'interprétation des images en taches (Formdeuterversuch). Le directeur actuel de cet asile, le Dr Henrichsen, a publié de fort intéressantes études sur les problèmes psychologiques posés par les hommes de talent et de génie. Doué lui-même d'un beau talent d'écrivain, il a tenté d'introduire, dans les jugements psychiatriques, certains critères et certaines normes de valeur empruntés aux sciences morales, et même plus spécialement à la littérature.

A l'asile de Will, dans le canton de St-Gall, le Dr Schiller a été, avec Preisig à Cery, le précurseur de la thérapeutique par le travail, et c'est dans ces deux établissements qu'ont été établis les principes scientifiques de ce traitement social si important pour les maladies mentales. C'est dans un autre asile Saint-Gallois, à St-Pirminsberg, que Monakow fit ses premières armes psychiatriques : il n'aurait pas demandé mieux, d'ailleurs, que de demeurer fidèle à cette carrière, si des circonstances contraires ne l'avaient poussé vers la neurologie.

Le Dr Tramer, directeur de l'asile de la Rosegg (Scoleure), s'est intéressé plus spécialement à la psychiatrie et à la psychopathologie infantiles pour l'étude desquelles il a fondé, il y a deux ans, une revue spéciale. C'est un auteur d'une grande ouverture d'esprit qui, arrivé à la médecine après s'être voué pendant de longues années aux sciences mathématiques, a apporté à la psychiatrie un esprit lucide, aussi exact dans l'observation que dans l'exposé des idées générales.

A l'asile de Münsingen (Berne), le médecin adjoint, Dr Muller, se voue à l'étude du traitement clinique des affections mentales et a publié récemment une excellente monographie sur ce sujet. Il a introduit en Suisse la cure des schizophrénies par les chocs à l'insuline.

Pour terminer cette brève revue de l'activité scientifique des hôpitaux psychiatriques publics, je mentionnerai qu'à la maison de santé de Malévoz, en Valais, je me suis appliqué, depuis une vingtaine d'années, à divers problèmes de la thérapeutique mentale. En utilisant et combinant des méthodes variées d'ordre psychologique comme d'ordre médical, j'ai pu établir que la presque totalité des symptômes dits catatoniques ne sont pas

inhérents à la maladie elle-même, car ils ne se produisent pas si l'atmosphère psychique du milieu asilaire est favorable, et qu'ils doivent donc être considérés comme des attitudes réactionnelles et symboliques protestataires.

L'activité scientifique déployée dans certains établissements privés ne le cède en rien à celle des asiles publics. Aux cliniques de Prangins, par exemple, le Dr O. Forel, en plus de nombreuses recherches personnelles, s'est occupé surtout de l'organisation scientifique de la psychothérapie clinique, et la réalise pratiquement par la collaboration du médecin avec un personnel qualifié et spécialement formé. De même, l'activité scientifique de Bersot, dans sa clinique du Landeron, est fort variée. Tout en collaborant à la solution pratique des problèmes de l'hygiène mentale, il poursuit, avec le Dr Desruelles (de St-Yllie), une œuvre très intéressante sur le plan national et international pour l'élaboration et l'unification des statistiques concernant les aliénés et les enfants anormaux. Il est aussi engagé actuellement dans une série d'études sur le comportement de la vitamine C chez les malades nerveux et mentaux.

L'activité scientifique des aliénistes et des psychothérapeutes qui ne sont plus rattachés au cadre des asiles est des plus intéressantes. Il est inutile de parler ici des travaux si connus de C.-G. Jung, ce psychopathologue génial, dont l'influence, surtout dans les pays de langue anglaise et allemande, est si considérable. Je ne citerai aussi que pour mémoire les nombreuses publications des psychanalystes de langue allemande, notamment MM. Sarrazin, Behn-Eschenburg et Blum. Kielholz, directeur de l'asile de Königsfelden (Argovie), mérite une mention spéciale pour ses remarquables travaux de psychanalyse appliquée à la psychiatrie clinique, comme pour ses études historiques. Je m'en voudrais aussi de ne pas citer le Dr Christoffel, de Bâle, dont les travaux psychanalytiques et psychiatriques sont fortement inspirés de tendances biologiques et du souci d'examiner les problèmes, non pas sous un seul aspect, mais en étroite union des points de vue somatiques, biologiques et psychologiques.

Il me faut citer enfin les travaux du Dr Morgenthaler (de Berne), dont l'activité scientifique est variée et importante et dont j'ai déjà relevé les mérites au sujet de la formation professionnelle du personnel des asiles.

En Suisse romande, le Dr Boven (de Lausanne), qui travaille lui aussi sur plusieurs fronts, a publié d'intéressantes recherches sur l'hérédité. Il est d'avis qu'il faut laisser volontairement

dans l'ombre les préoccupations mendéliennes et les statistiques démographiques qui voilent par leur schématisme, rigoureux seulement en apparence, le mécanisme de la transmission héréditaire avec ce qu'il peut comporter de transformisme d'une génération à l'autre. Actuellement, il fait des recherches biologiques sur le mécanisme de l'angoisse dont il prétend qu'elle naît toujours, ce qui est une condition nécessaire et suffisante, dès que deux innervations, deux impulsions, deux tendances se contrecarrent en se disputant l'hégémonie de l'action immédiatement indispensable ou jugée telle.

En Suisse romande encore, deux psychopathologues méritent une attention toute spéciale ; c'est, en premier lieu, le Dr Henri Flournoy, qui a continué à suivre la direction des recherches psychologiques et psychopathologiques entreprises par son père. Amené à la psychiatrie par la psychologie qu'il considère, d'ailleurs, comme une science naturelle autonome, ses travaux lucides et exacts sont dignes d'être retenus. Puis, c'est le Dr R. de Saussure dont les recherches, au début plus strictement psychanalytiques, s'étendent de plus en plus vers une conception biologique générale des problèmes du psychisme.

Nous comptons, enfin, en Suisse allemande, un chercheur fort original, le Dr L. Binswanger, qui a publié toute une série d'ouvrages fort importants, notamment un traité de psychologie. Sa tendance s'y affirme toujours davantage d'arriver à une conception « anthropologique » totale de l'homme, et non seulement fragmentaire, comme le décrivent les concepts psychologiques, psychopathologiques et psychanalytiques. Binswanger cherche donc à définir l'homme dans sa totalité, tel qu'il existe, en s'efforçant d'éviter la création de théories psychologiques bâties d'après le schéma des sciences naturelles qui, elles, conçoivent l'homme comme une chose ou un complexe de fonctions. Comme on le voit, les travaux de Binswanger sont d'inspiration nettement philosophique et il insiste d'ailleurs fortement sur cette tendance générale dans son œuvre scientifique.

Il y aurait encore bien des auteurs à citer, comme par exemple les intéressantes et originales personnalités du Dr et de Mme Ch. Strasser à Zurich. Il faudrait surtout pouvoir mentionner les points essentiels des travaux que j'ai mentionnés. Ce que j'en ai dit suffit cependant peut-être à montrer la diversité d'intérêts des auteurs suisses. Comme on le voit aussi, très peu sont inféodés à une seule manière d'envisager les problèmes cardinaux de la psychiatrie. Les psychanalystes eux-mêmes tendent à faire rentrer leurs études dans un cadre biologique général, et plu-

sieurs d'entre eux, qui disposent de services cliniques en plus de leur activité psychothérapique, tendent aussi, sous l'influence des récentes découvertes sur les thérapeutiques biologiques, à faire des recherches dans ce domaine.

On sait combien fortes ont été les préoccupations biologiques générales de Monakow, surtout dans les dernières années de sa vie et qu'il les a formulées dans des travaux du plus puissant intérêt. Son influence, dont je n'ai pas parlé dans la première partie de cet exposé, a été grande sur un certain nombre d'aliénistes suisses. Son nom, avec ceux de Forel et de Bleuler, auxquels il faut ajouter celui de Jung, montre que la neuropsychiatrie contemporaine a compté, en Suisse, plusieurs étoiles de première grandeur. Il ne semble pas que, malgré la profondeur des sillons tracés par ces maîtres, les aliénistes suisses soient demeurés trop strictement limités, dans leurs études et leurs travaux par les concepts qu'ils ont créés. Si je l'ai dit plus haut cependant, à propos des conceptions cliniques de Bleuler et des découvertes de Freud, c'est que les idées émises par ces deux maîtres sont encore génératrices d'une foule de recherches à entreprendre et de tâches pratiques à accomplir. Il n'est pas dans le caractère helvétique de rejeter, par un souci d'indépendance ou d'originalité, des idées et des principes dont l'expérience affirme la valeur. Il semble bien, d'ailleurs, que l'heureuse situation de la Suisse, au confluent des principales civilisations européennes, soit spécialement propice à une attitude mentale réceptive et compréhensive qui permet d'aborder l'ensemble des problèmes psychiatriques sous leur aspect total. C'est probablement aussi à cette situation que sont dues la vigueur et la diversité du travail psychiatrique qui se poursuit dans notre pays.



# SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

---

*Séance du Jeudi 14 Mai 1936*

---

**Présidence : M. VURPAS, président**

---

## Séances de juillet et octobre

M. P. COURBON, *Secrétaire général*. — Afin de pouvoir l'annoncer à temps aux lecteurs des *Annales Médico-psychologiques*, la Société doit décider aujourd'hui s'il y a lieu de tenir en juillet deux séances, la dernière fixée au lundi 27. A cette date, bien des membres ne seront pas revenus de Suisse, où siège le Congrès des médecins aliénistes et neurologistes.

La Société décide, comme les années précédentes, de ne tenir au mois de juillet qu'une seule séance qui aura lieu le *jeudi 9 juillet 1936* à 9 heures 30 très précises à l'Hôpital Henri-Rousselle, dans l'amphithéâtre du Pavillon Magnan, et de ne tenir au mois d'octobre qu'une seule séance qui aura lieu le *lundi 26 octobre 1936* après-midi à 4 heures précises, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris.

A l'unanimité des membres présents, il est décidé que, sauf circonstances exceptionnelles, la Société ne tiendra habituellement qu'une seule séance en juillet et en octobre, la séance de juillet ayant lieu le deuxième jeudi et la séance d'octobre ayant lieu le quatrième lundi du mois.

Conformément à l'article 3 de son Règlement, la Société Médico-psychologique ne tiendra pas de séance pendant les mois d'août et de septembre.

## PRÉSENTATIONS

**Dipsomanie réactionnelle et périodique, par M. G. DAUMEZON  
(Travail du Service du Dr Capgras).**

Nous avons observé une malade présentant un alcoolisme chronique dû à la coexistence d'obsessions à boire et d'ivresses compensant les périodes de dépression d'une cyclothymique.

Mlle G... Eulalie, 36 ans, entre dans le service le 5 mars 1936. Le certificat de la Préfecture de Police signale un état dépressif avec anxiété, inhibition, thèmes d'auto-accusation, tentatives de suicide. A Ste-Anne, l'anxiété a diminué rapidement, il a été possible de reconstituer une histoire où des facteurs divers s'intriquent constamment :

Quatrième enfant d'une famille de petits commerçants bretons, notre malade reçut une instruction primaire et obtint le Brevet élémentaire. A 22 ans, elle quitte sa province pour venir à Paris ; employée dans une usine, elle s'est laissée séduire après une longue résistance par l'ingénieur et a dû fuir pour cacher sa grossesse, maudite par sa mère et abandonnée de son amant.

Courte période de dépression à la suite de l'accouchement. Depuis cette époque, oscillations cycliques nettes : « Je suis courageuse, intéressée à mon intérieur, pleine d'entrain pendant 8 jours, puis je m'ennuie les 15 jours suivants. » L'enfant est placé en nourrice, elle travaille de-ci, de là, faisant preuve d'une grande instabilité : « J'ai fait de tout, employée de bureau, femme de ménage, caissière, bonne à tout faire. » Mais elle conserve une conduite d'une honnêteté scrupuleuse : extrêmement sérieuse, elle n'est jamais allée au cinéma, n'a jamais eu la moindre aventure. Souvent, des idées de suicide l'ont effleurée, elle s'est toujours retenue pour subvenir à la vie de son fils.

En 1927, la mort de sa mère lui procure un petit héritage, mais aussi un surcroît de remords. C'est à cette date que remontent les premiers excès éthyliques : un jour, souffrant d'insomnie rebelle aux hypnotiques habituels, ses camarades l'entraînent à boire deux verres de vin, cette nuit-là elle repose normalement. « Depuis lors, j'ai été perdue, j'ai pris du gardénal et du vin par-dessus pour dormir chaque fois que j'étais triste. »

En 1929, son séducteur vient s'installer à Paris, retrouve son adresse et la presse de lui fixer un rendez-vous. Elle laissa les trois premières lettres sans réponse, mais finit par accepter un rendez-vous pour fournir une aide à son enfant et reprit les relations avec son amant. Elle le revoit une ou deux fois par mois, le samedi soir, à l'hôtel, car elle n'a jamais accepté d'introduire qui que ce soit chez elle.

Depuis cette époque, les ivresses vont être rythmées par deux faits : les séparations et les périodes cataméniales. « Quand je quitte mon ami, je m'en vais à la dérive. Je m'ennuie de rentrer chez moi toute seule ; je ne connais personne que je puisse voir dans mes moments de détresse, si je rentre je ne puis pas dormir, je pense à ma vie gâchée par ma faute, à mon enfant mal soigné, à la femme de mon ami que je trompe. Alors, je bois. » Elle désigne ces accès de façon très explicite : « quand je suis triste », « quand ça ne va pas », « quand je suis déprimée ».

Il en va tout autrement à l'époque des règles. « A ce moment là j'ai terriblement soif, en général, je bois à peine un peu de vin, mais quand j'ai mes règles, j'ai envie de vin, de vin rouge ou de Dubonnet. Au début, j'ai résisté, j'ai pu m'empêcher de boire pendant les deux ou trois jours, alors cela disparaissait, mais maintenant je n'arrive plus, je lutte quelques heures, deux, trois heures, et puis je succombe. »

Quant aux modalités de l'ivresse, elles sont toujours identiques : alcoolisme furtif, la malade part d'un café à l'autre, prend un apéritif, jamais deux au même débit. Très rapidement, elle perd conscience de ce qu'elle fait : « Je marche indéfiniment sans savoir. » Pour éviter de tomber, elle entre dans un hôtel et se fait monter un peu de vin rouge. Elle dort ensuite « comme une masse ». A son réveil, elle est toute étonnée de se retrouver dans un quartier qu'elle ignore ; elle ne se souvient de rien.

Depuis le début de ces habitudes alcooliques, les sentiments d'infériorité se sont exagérés. Elle a fait au cours de ses accès dépressifs quatre tentatives de suicide au gardénal. En novembre dernier, elle doit entrer à Bichat pour faire soigner une polynévrite : 17 jours de traitement à la strychnine suffisent à la remettre sur pied. Elle présente à son arrivée à l'hôpital, alors qu'elle n'avait pas bu depuis trois semaines, un épisode aigu avec agitation incoercible étiqueté délirium.

Ces temps derniers, au cours d'une de ses ivresses amnésiques, elle s'est réfugiée au commissariat demandant à être ramenée chez elle. Une amie a prétendu l'avoir aperçue en compagnie d'un homme. A l'idée qu'elle a peut-être été prise pour une prostituée, notre malade accomplit la tentative de suicide qui motive son entrée à l'asile.

Depuis l'arrivée dans le service, l'anxiété a rapidement disparu, mais la malade reste très émotive, elle travaille régulièrement, mais s'inquiète de l'avenir. Il n'existe à proprement parler aucun délire ; durant les premières journées passées à l'asile, nous avons noté l'ébauche d'un état interprétatif : certainement au commissariat on l'a prise pour une prostituée ; on la méprise, on a cru qu'elle joue la comédie avec sa tristesse. Ici-même, les malades doivent être au courant, les infirmières sont gentilles, mais elles doivent savoir à quoi s'en tenir. Très rapidement, cette impression de défiance générale s'est dissipée, mais la malade persiste à croire à l'existence d'une certaine hostilité qui aurait cédé devant sa docilité constante.

A trois reprises, dans les jours qui ont précédé l'apparition des règles, la malade a présenté une soif de vin vive, contre laquelle elle a pu facilement lutter, et qui a cédé au bout de 3 ou 4 heures. Ces phénomènes se déroulaient le soir, alors que la malade était revenue de l'atelier et avait pris normalement son repas. Nous n'avons noté aucune perturbation du réflexe oculo-cardiaque le lendemain de ces épisodes.

Actuellement, à l'examen physique, les réflexes tendineux sont vifs, légère hyperesthésie des masses musculaires du mollet, le foie est normal, on ne note aucune trace de spécificité. Le réflexe oculo-cardiaque recherché à l'entrée donnait 80-84-79-80, actuellement : 88-90-86-88.

Telle est l'histoire lamentable de notre malade, déprimée périodique à intervalles courts et réguliers, avec alcoolisme de compensation. Mais aussi présentant à l'occasion du cycle menstruel un état obsessionnel poussant à boire. « Il y a deux choses — dit-elle — *quand je suis triste je bois, et quand j'ai mes règles je suis poussée à boire.* »

Le caractère des ivresses nous arrêtera un instant : ivresses amnésiques inconscientes avec un véritable automatisme ambulatoire. Discutant le caractère des transes alcooliques, Mouratoff les rattache à deux étiologies : épileptiques et hystériques, la physionomie clinique permettant de choisir entre les deux hypothèses. C'est aussi le caractère hystérique que Marchand, Dupouy et Montassut discutent chez leur « *dromodipsomane* ». En réalité, bien des observations publiées ces temps derniers prouvent la fréquence de ces ivresses amnésiques chez les dipsomanes cyclothymiques.

C'est à la périodicité qu'on peut rattacher certains accès de notre malade. Gilbert Ballet le premier, Deny et René Charpentier, Régis, Mayer, ont insisté sur les formes maniaco-dépressives de la dipsomanie. Marchand et Abély, Laignel-Lavastine et Largeau, Laignel-Lavastine et Kahn, Courbon et Cailleux, Courbon et Tusques, ont publié des observations de malades buvant soit en période dépressive par compensation, soit en période maniaque. Kretschmer considère la toxicomanie comme un apanage de la cycloïdie. Marchand remarque même : « Il semble que la forme obsédante étudiée par Magnan devienne de plus en plus rare et que la plupart des cas de dipsomanie actuellement publiés entrent dans la psychose maniaco-dépressive. »

Soutiendrons-nous une étiologie identique pour les accès menstruels ? Magnan soulignait la recrudescence de l'obsession à boire en période menstruelle. Ceillier proposait une explication physio-

logique : alcoolisme de compensation d'une hypervagotonie. La scif cataméniale est un phénomène bien connu et mal expliqué.

On pourrait, et particulièrement à la lueur des idées de MM. Abély, rapprocher la période menstruelle des phases cyclothymiques. Cependant, l'indépendance chez notre malade du cycle périodique et du cycle menstruel plaident en faveur d'une dualité.

En résumé, notre malade semble donc appartenir à cette variété de psychose périodique caractérisée par des accès dépressifs de courte durée mais de répétition fréquente. Elle présente toutefois des particularités sur lesquelles nous insistons parce qu'elles font l'intérêt principal de cette observation.

Les accès, foncièrement identiques, sont de deux sortes : les uns nettement réactionnels, consécutifs à des rendez-vous que la malade se reproche et qui la dépriment : elle boit alors pour se consoler, pour oublier ; les autres, au contraire, au moment des règles, franchement obsessionnels, vraiment dipsomaniques ceux-ci, sont précédé d'une lutte, d'une résistance plus ou moins longue, plus ou moins anxieuse. Notons enfin que cette périodicité des accès, liée sans doute à un état cyclothymique, apparaît aussi sous la dépendance d'un état d'asthénie, d'aboulie. En effet, depuis deux mois qu'elle est soumise à la discipline et à l'abstinence, elle n'a présenté, au moment de ses règles, que des épisodes obsessionnels très discrets et qui ne nous ont été d'abord signalés qu'à l'occasion d'interrogatoires systématiques.

M. MARCHAND. — Dans ce cas il y a eu, comme c'est la règle, un choc affectif assez intense qui déclenche, semble-t-il, toute la série des accès dipsomaniques.

M. LÉVY-VALENSI. — Je rappelle que c'est le professeur Gilbert-Ballet qui a le premier intégré la dipsomanie dans la psychose maniaque-dépressive.

M. VURPAS. — En effet, Gilbert Ballet en France et Schüle en Allemagne sont, à ma connaissance, les premiers auteurs à avoir rapproché les paroxysmes obsessionnels des accès de la psychose périodique.

**Amnésie retardée dans une intoxication oxycarbonée,**  
par M. G. DAUMEZON (Travail du service du Dr Capgras)

Nous avons eu l'occasion d'observer, un mois après une intoxication oxycarbonée aiguë, un syndrome amnésique avec fabulation, qui nous a paru mériter d'être signalé.



M. et Mme B..., âgés respectivement de 56 et 58 ans, sont concierges d'un immeuble de 70 logements environ. Tous deux vivaient dans une loge exiguë. Mme B... a toujours été en bonne santé. Elle a perdu un premier mari à la guerre, et une fille à l'âge de 5 ans de bronchopneumonie. Pas de fausse-couche. M. B... a présenté des accidents graves d'hypertension artérielle, notamment une hémiparésie droite passagère.

Le 9 mars dernier, les époux B... ont ressenti un violent malaise avec vomissements, dont ils ne comprirent pas l'origine. Le lendemain, 10 mars, l'intoxication se reproduisit et un locataire impatient alerta les pompiers. D'après le rapport du sergent, lors de l'arrivée du secours, le mari était en plein coma, l'écume aux lèvres, la respiration faible et irrégulière. La femme avait encore sa connaissance, mais avait vomi abondamment, l'impotence des membres inférieurs était complète. Après inhalation de carbogène, les deux malades furent conduits à Tenon. Une enquête ultérieure attribua l'intoxication au tirage défectueux d'un poêle voisin dont les émanations toxiques étaient refoulées dans la loge.

Mme B... sortait de Tenon le 14 mars et reprenait immédiatement ses fonctions. Elle présentait seulement de l'œdème du membre inférieur droit et un peu de dyspnée d'effort. Le mari, plus gravement atteint, ne rentre à la maison que le 19, son médecin habituel constate une notable baisse de la tension artérielle, 15-10 au lieu de 20-12 (Vaquez), lui-même accuse une amélioration notable sur l'état antérieur.

Aux environs du 7 avril, près d'un mois après l'intoxication, Mme B... commence à se troubler, donne des indications fausses aux visiteurs ; partie pour porter une lettre à un locataire, elle revient une heure après s'étant perdue dans sa maison. Elle ne s'habille plus, passant tout juste un peignoir sur sa chemise de nuit. Le mari signale en outre des troubles du caractère : « la première dispute de notre ménage », au cours de laquelle la malade tente d'assommer son conjoint.

Amenée à l'hôpital Henri-Rousselle, elle est internée le 18 avril et entre dans notre service deux jours plus tard. A cette date, la malade présente un tableau complexe, fait des troubles confusionnels et amnésiques avec un syndrome méningé fruste qui rétrocede rapidement.

24 avril. — A l'examen physique : cœur, poumons normaux. Tension artérielle 14-9, foie normal. Les réflexes tendineux sont vifs, polycinétiques, irréguliers, les rotuliens et les achilléens sont particulièrement vifs, trépidation épileptoïde et clonus vite épuisés. Pas de Babinski. Réflexes oculo-pupillaires normaux. Hyperesthésie marquée au niveau des membres inférieurs aux divers modes de sensibilité. Hypersensibilité des masses musculaires des mollets. La marche et la station debout sont impossibles. Gâtisme complet.

Le syndrome mental fait songer à un tableau de démence avec amnésie et désorientation. La malade ne sait plus que le nom de son premier mari, elle ignore la date et se croit chez elle. Incapable de retrouver son lit, elle répond fréquemment : « Je ne me souviens plus » aux questions, puis, lorsque l'examen devient plus pressant, apparaît la fabulation. Fabulation assez pauvre coexistant avec des réponses à côté signalées dans le certificat d'internement. Le ton général est pleurnichard, la malade, de mauvaise humeur, récrimine et se prête mal à l'examen.

5 mai. — L'état physique et mental paraît notablement amélioré. Les troubles objectifs des réflexes et de la sensibilité ont disparu, la marche est devenue possible en s'étayant à droite et à gauche, pas de Römberg.

Le ton a aussi changé : les récriminations ont fait place à une euphorie un peu niaise, à une complaisance souriante. La malade retrouve son lit, mange et s'habille correctement, ne gâte plus. La mémoire est plus déficitaire malgré de réels progrès sur l'état antérieur : les dates de la guerre sont citées exactement ainsi que les noms des deux maris, la date de naissance et quelques souvenirs d'enfance. Mais, dès que les questions se rapprochent du moment présent, les réponses deviennent fantaisistes, la fabulation provoquée permet d'obtenir les récits les plus baroques, les fausses reconnaissances les plus invraisemblables. Certains faits prennent une importance capitale : un examen par le professeur Dumas devient un séjour de 15 jours à son domicile ; la visite d'un médecin japonais se transforme en voyage aux antipodes. Quelques questions relatives aux souvenirs scolaires élémentaires reçoivent des réponses correctes. La lecture est satisfaisante à condition de fixer l'attention, sinon la malade fabule sur l'apparence typographique du texte, à la place de « je lègue ma fortune », elle lit « les loyers du trimestre ». Capable de tracer sur notre demande deux traits parallèles, elle ne peut reproduire un triangle ni aucune autre figure géométrique élémentaire. Le jugement, comme les fonctions supérieures, n'est pas moins affaibli et nous faisons facilement signer à notre malade un pseudo-testament en notre faveur.

Le 14 mai, la présentation, le ton et l'allure générale n'ont pas changé, mais les troubles mnésiques ont notablement rétrocedé, la fabulation spontanée est nulle et on ne parvient à obtenir des réponses fantaisistes qu'après un temps assez long nécessaire pour fatiguer la malade. On note une désorientation assez spéciale faite d'une méconnaissance systématique de la saison : nous sommes en novembre, et on ne peut faire rectifier cette affirmation par la malade qui, pour affirmer son opinion, explique que les feuilles vont bientôt jaunir et tomber, que la température va baisser. Il subsiste, en somme, une amnésie lacunaire dont la malade élargit le champ et de gros troubles du comportement.

L'examen physique est toujours négatif. Numération globulaire : globules rouges : 4.450.000 ; globules blancs : 4.700. Formule leucocytaire : poly. : 72 ; grand mono. : 9 ; petits mono. : 8 ; lympho. : 11.

La constatation d'un tel ensemble de troubles après une intoxication oxycarbonée n'a en soi rien d'étonnant. Desoille (1), dans sa thèse, a réuni de nombreuses observations identiques éparses dans la littérature. Mais si la notion d'intervalle libre, de temps de latence, est aussi une donnée classique, signalée par la plupart des auteurs depuis Greidenberg (2), l'intervalle séparant l'intoxication de l'apparition des troubles mentaux est fixé de 2 à 15 jours. Récemment, des auteurs allemands ont signalé un temps de latence de 20 jours. Il y a deux mois, Lévy-Valensi, Philbert, Beley et Ajuriaguerra (3) ont rapporté l'observation d'un homme intoxiqué le 7 décembre dernier, interné le 15 janvier après avoir repris ses occupations cessées le 6. C'est à notre connaissance un des cas qui peuvent se comparer à notre observation.

Un temps de latence aussi prolongé pose un problème de diagnostic étiologique. Crouzon (4) a publié un cas de tabès éclatant à la suite d'une intoxication oxycarbonée, et sans lien autre que chronologique avec elle. Nous croyons pouvoir défendre l'étiologie oxycarbonée des troubles présentés par notre malade en l'absence de l'alcoolisme et de la syphilis. En effet, la famille et le médecin sont d'accord pour affirmer que le ménage B... achetait seulement une bouteille de vin par semaine. Les réactions sont négatives dans le sang et le liquide céphalo-rachidien.

Le pronostic de l'affection que nous venons d'envisager paraît difficile à indiquer. Les troubles de la mémoire, à eux seuls, sont de nature à régresser facilement, mais il existe aussi un profond degré d'affaiblissement qui assombrit considérablement l'avenir. Nous devons cependant signaler la fréquence des évolutions favorables. Dans un cas que Briand (5) avait étiqueté démence, dans le cas de Lévy-Valensi, Philbert, Beley et Ajuriaguerra

(1) HENRI DESOILLE. — Les troubles nerveux dus aux asphyxies aiguës. *Thèse Paris*, 1932.

(2) GREIDENBERG. — Des psychoses consécutives à l'intoxication oxycarbonée. *Ann. Méd.-Psych.*, 1900, t. II, p. 58.

(3) LÉVY-VALENSI, PHILBERT, BELEY, AJURIAGUERRA. — Intoxication oxycarbonée. *Semaine des Hôpitaux de Paris*, 1<sup>er</sup> mars 1936.

(4) CROUZON. — Intoxication par l'oxyde de carbone. Tabès révélé par l'accident. *Ann. Méd. Lég.*, 1923, p. 573.

(5) BRIAND et SALOMON. — Troubles intellectuels à forme dementielle consécutifs à une intoxication par C.O. *Soc. Clin. Méd. Ment.*, 17 février 1913, p. 55. — TRUELLE : *Soc. Clin. Méd. Ment.*, mai 1913, p. 147.

pourtant présenté de manière très sombre, on a pu constater des guérisons rapides, bouleversant le pronostic primitivement posé.

M. RAYNEAU. — On peut distinguer deux types : les troubles mentaux en rapport avec l'intoxication aiguë, débutant brusquement après une absorption massive d'oxyde de carbone, caractérisés par une amnésie immédiate qui guérit ; les troubles mentaux en rapport avec l'intoxication chronique débutant insidieusement après une absorption lente d'oxyde de carbone, caractérisés par une amnésie incurable et une évolution démentielle.

**Parkinsonisme post-encéphalitique chez un enfant traité par la méthode de Roemer. Résultats peu encourageants (Présentation de malade),** par MM. M. BRISSOT et DELSUC.

L'intérêt de cette présentation réside dans le fait qu'un enfant de 15 ans atteint de troubles post-encéphalitiques et traité par l'atropine à doses progressives et fortes, suivant la méthode de Roemer, a vu son état s'améliorer très sensiblement au cours et à la fin du traitement. Mais aussitôt que celui-ci a été cessé et dans les quelques jours qui ont suivi, l'enfant a repris *entièrement* son attitude première due à la rigidité spasmodique des muscles du cou, ainsi que vous pourrez vous en rendre compte en voyant le malade. La médication atropinique a été donnée jusqu'au 19 mars dernier : sa suppression date donc de moins de deux mois.

Voici l'observation :

*Antécédents personnels.* — R... Germain entre le 2 juin 1934 à la Colonie de Vaucluse avec le certificat suivant : « Est atteint de troubles mentaux et nerveux consécutifs à une encéphalite léthargique survenue à l'âge de deux ans, avec troubles du caractère, actes violents, tendance à frapper ses camarades, grosse instabilité, agitation, forte sialorrhée, *torticolis spasmodique*, tremblement des extrémités. »

Cet enfant, qui est âgé de 13 ans lors de son admission et qui est d'origine étrangère, a contracté une encéphalite vers l'âge de deux ans, laquelle serait consécutive à une pneumonie. Il aurait eu également la variole peu avant la pneumonie. R... vient en France à l'âge de 6 ans ; les manifestations spasmodiques apparaissent quelques années plus tard et en 1930 (l'enfant a 9 ans), il est traité successivement à l'hôpital Rothschild et à St-Louis (Service du Dr Babonneix).

Voici la note qui nous est communiquée à son sujet par le Dr Babonneix :

*Examen du 15 février 1930* : âgé de 8 ans. A été soigné pour encéphalite léthargique par le D<sup>r</sup> Flatau, de Varsovie, à l'âge de 4 ans. Aurait eu ultérieurement de l'insomnie durant trois années. Nous est adressé pour symptômes :

- a) *Neurologiques* : secousses choréiformes de la face ; tremblement des mains, faciès figé, parkinsonien, torticolis spasmodique ;
- b) *Intellectuels* : léger retard ;
- c) *Caractériels*<sup>c</sup> : tendances à la violence ; se jette sur ses voisins pour les frapper.

*Examens spéciaux* : rien à la colonne vertébrale (D<sup>r</sup> Mouchet) ; pas de végétations adénoïdes ; rien aux yeux, sauf trémulations des paupières (D<sup>r</sup> Dupuy-Dutemps).

R... entre ensuite à l'hôpital des Enfants malades et à Trousseau, où il reste deux années, pour une toute autre raison. Une tumeur blanche est en effet apparue au genou droit qui nécessite une intervention sanglante et une longue immobilisation. Comme l'enfant présente de gros troubles du caractère, il est dirigé successivement sur l'hôpital de Bicêtre (séjour d'un an), le Patronage de Vaugirard (séjour de même durée), l'hôpital Henri-Rousselle, et l'admission de Ste-Anne.

R... a trois petites sœurs de 9, 5 et 2 ans, qui sont en bonne santé.

Il a fréquenté l'école à Paris, sans grand succès, de 7 à 10 ans.

*Antécédents héréditaires*. — Nous avons peu de renseignements sur sa famille qui est étrangère et qui parle très difficilement le français.

*Père*, 34 ans, marchand d'habits.

*Mère*, 36 ans, tous deux bien portants.

Il semble qu'il n'y ait pas d'aliénés dans sa famille (grands-parents, oncles, tantes normaux).

*Etat à l'entrée*. — Ce qui frappe au premier examen, c'est l'inclinaison de la tête qui penche presque à angle droit sur l'épaule gauche. Hypertonie considérable des muscles du cou, du thorax et des membres supérieurs. *Torticolis spasmodique* à gauche. Il est impossible de mettre la tête dans la rectitude, par suite de la rigidité musculaire (voir photographie n° 1).

*Juin 1934*. — Salivation abondante. Tremblement des extrémités. Troubles de l'élocution. Démarche traînante et rendue difficile par une ankylose du genou droit.

Au point de vue mental, l'enfant présente de l'arriération (niveau de 8 ans) avec gros retard scolaire. Il connaît seulement les lettres de l'alphabet et assemble quelques consonnes simples ; compte jusqu'à 100 ; la prononciation est très difficile. De plus, R... est instable, très turbulent. Il ne peut se tenir assis longtemps et les troubles graves de son caractère ne vont pas lui permettre de fréquenter l'école de la Colonie. En effet, il se révèle bientôt comme un malade insupportable, querelleur, très méchant envers ses petits camarades qu'il frappe pour un rien. Il ment d'une façon continuelle, est signalé presque journellement pour les larcins qu'il commet. C'est le type achevé du pervers acquis post-encéphalitique.



Ajoutons que nous avons été témoin, dans les semaines qui ont suivi son admission, de petites crises oculogyres.

*Essais de traitement.* — 1° Nous ne parlerons que pour mémoire des trois séries de traitement (hyoscine et atropine à *très petites doses*) que nous lui avons faites du 20 juin 1934 au 18 septembre de la même année. Chaque série se composait ainsi : 10 jours de bromhydrate d'hyoscine (injections sous-cutanées de 1/2 mmgr.), 2 jours de repos et 10 jours de sulfate neutre d'atropine (injections sous-cut-



Photographie n° 1, juin 1934 (à l'entrée du malade)

nées de 1/4, 1/2 et 1/4 mmgr.). L'enfant prenait, durant cette période, 0,10 à 0,20 cgr. de gardénal *pro die*. Les séries étaient espacées d'une vingtaine de jours. Ce traitement a été un *échec complet*. Il a été continué en janvier-février 1935 sans plus de résultats.

2° Devant l'échec de cette première tentative, nous avons administré l'atropine au jeune malade selon la *méthode de Roemer*. Emploi du sulfate d'atropine en solution à 0 gr. 50 %, dont une goutte correspond à un quart de mmgr. du médicament : début par trois gouttes le premier jour en trois prises séparées par des intervalles réguliers. Augmentation d'une goutte par jour. Le traitement a commencé le 8 septembre 1935 et s'est terminé, sans aucune interruption, le 19 mars 1936. Nous sommes arrivés ainsi à 80 gouttes (soit 20 mmgr. d'atropine *pro die*), sans aucun incident. La sécheresse de

la gorge a disparu rapidement et n'a pas empêché d'augmenter les doses. Pas de vertiges, ni de bouffées de chaleur, de palpitations, de troubles gastriques ou oculaires. Absence de fièvre, sauf un ou deux accès thermiques très courts provoqués par des angines.

Cependant, l'enfant s'est anémié rapidement et a présenté de la torpeur intellectuelle aux doses élevées, de sorte que nous n'avons pas pu dépasser les 80 gouttes. La descente s'est effectuée en diminuant d'une goutte par jour jusqu'à 40 gouttes (10 mmgr. d'atropine).



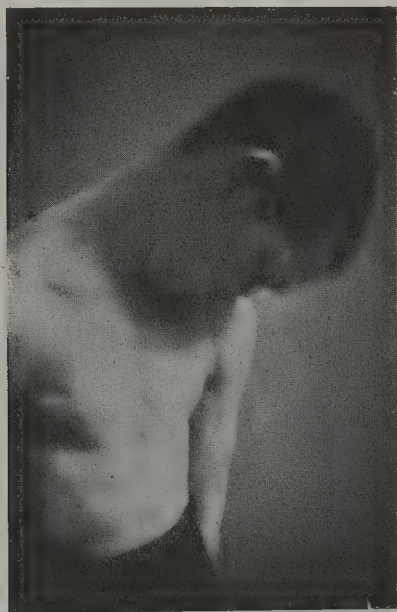
Photographie n° 2, mars 1936 (au cours et à la fin du traitement)}

Maintien de cette dose pendant 31 jours, mais les symptômes de pâleur et d'anémie persistant, la médication atropinique est diminuée d'une façon progressive, jusqu'à cessation complète du traitement.

L'application au jeune R... de la méthode de Roemer a provoqué une amélioration rapide : atténuation de l'hypertonie dès les premières doses (20 gouttes), disparition à peu près complète de la rigidité aux doses de 60 à 80 gouttes, ainsi qu'on peut s'en rendre compte sur la photographie n° 2 (1). Les résultats *immédiats* ont donc été remarquables. Malheureusement, ils ne se sont pas maintenus et l'examen du malade, quelques semaines seulement après la fin du traitement, va nous en apporter la confirmation absolue.

(1) La tête n'est tenue que pour empêcher le tremblement et permettre la prise de la photographie (mars 1936).

*Etat actuel* (avril 1936). — Le niveau intellectuel, qui était de 8 ans en 1934, paraît s'être légèrement amélioré depuis cette époque. Mémoire bien conservée. Au dire du personnel, les troubles du caractère semblent s'être un peu amendés depuis le dernier traitement : l'enfant est plus calme, moins coléreux, moins batailleur, surtout moins enclin au vol, mais peut-être cette docilité n'est-elle qu'apparente.



Photographie n° 3, 10 avril 1936 (15 jours après la cessation du traitement).  
Reprise de l'attitude ancienne de la tête

*Examen physique.* — Rigidité permanente de toute la masse des muscles du cou et de la nuque avec prédominance du côté gauche. Torticolis spasmodique. L'inclinaison latérale de la tête à gauche est si accentuée qu'elle a provoqué un sillon à la base de la région maxillaire du même côté. Hypertonie un peu moins accentuée des muscles des membres supérieurs et de la région thoracique.

Néanmoins, depuis que l'enfant a été soumis au traitement atropinique, il arrive à vaincre *momentanément* la contracture des muscles du cou et à remettre sa tête droite, ce qu'il ne pouvait pas faire autrefois. Mais ce maintien n'est que tout à fait temporaire et l'inclinaison de la tête reprend aussitôt.

Faciès immobile, figé ; attitude soudée pendant la marche. Tremblement continu et rapide de la tête, surtout dans les efforts de re-

dressement ; tremblement léger des membres supérieurs. Sialorrhée un peu moins abondante depuis le traitement. Elocution difficile, langage souvent incompréhensible. La parole est bredouillante, scandée, impulsive. Fort tremblement de la langue.

*Appareil oculaire* : pas de crises oculogyres, quoiqu'on en ait constaté au moment de l'admission. Pas de troubles de la réfectivité pupillaire. La réaction à la lumière s'établit rapidement.

Réfectivité tendineuse : impossible à déceler aux membres supérieurs, en raison de la contracture. La percussion des masses musculaires provoque des secousses très vives.

Aux membres inférieurs, amplitude du réflexe rotulien gauche. Pas de Babinski, ni de clonus du pied. Il n'existe pas d'hypertonie aux membres inférieurs, ni à l'abdomen. On constate une ankylose complète du genou droit avec membre dans l'extension, ce qui rend la démarche difficile.

Constitution physique médiocre : maigreur des masses musculaires des jambes. Alimentation déficiente. Absence de gâtisme. Bouffissure du visage, pâleur, anémie.

CONCLUSIONS. — Ainsi que vous pouvez le constater, le jeune R... a repris presque entièrement son attitude première après plus de 6 mois de traitement par la méthode de Roemer. Sa tête est inclinée très fortement sur l'épaule gauche et cette attitude a fait sa réapparition *dès les premiers jours* qui ont suivi la fin du traitement. La photographie n° 3 qui date du début d'avril 1936 — soit 15 jours après la cessation de l'atropine vous montre les effets décevants de cette médication.

Cependant et jusqu'à preuve du contraire, on peut inscrire à l'actif de celle-ci une certaine diminution de la sialorrhée et des tremblements. L'hypertonie musculaire est toujours aussi intense, mais il semble que l'enfant arrive à vaincre plus facilement cette rigidité. C'est ainsi qu'il redresse la tête au commandement, mais il ne maintient cette attitude que pendant un temps très court. Les troubles du caractère, de leur côté, paraissent un peu moins aigus, mais il est possible que cette amélioration ne soit qu'apparente et due seulement à la somnolence, à l'apathie du sujet, qui persistent depuis qu'il a été soumis aux doses fortes d'atropine.

Aussi, ne partageons-nous pas l'optimisme de MM. G. Marinesco et E. Façon (1) qui insistent sur l'efficacité du traitement atropinique (méthode de Roemer), dans les symptômes parkinsoniens et admettent son action durable sur la rigidité.

(1) G. MARINESCO et E. FAÇON. — L'atropine à doses fortes et progressives dans le traitement des troubles post-encéphalitiques. *Acad. de Méd.*, séance du 24 mars 1936.



**Polydactylie chez un imbécile mental. Pouce surnuméraire**  
(Présentation de malade et de radiographie), par MM. M. BRIS-  
SOT et DELSUC.

Le malade qui se trouve devant vous n'est intéressant que par la malformation assez particulière qu'il offre à la main droite, où l'on constate la présence d'un pouce surnuméraire. Le pre-



Pouce surnuméraire

mier de ces deux doigts (le plus externe) est le plus petit et ses phalanges sont réduites. Le deuxième pouce a une conformation normale.

Ainsi que vous pouvez vous en rendre compte par la radio-



graphie ci-jointe, il n'existe *qu'un seul métacarpien* pour les deux doigts. Cet os présente une structure assez curieuse au



Déformation en Y du premier métacarpien.

Surfaces articulaires (extrémité distale) correspondant aux deux pouces

niveau de son extrémité distale, où il existe deux surfaces articulaires pour chaque pouce correspondant. En outre, le premier métacarpien a la forme générale d'un Y, les branches de

l'Y — qui sont très courtes — n'étant constituées, en somme, que par les deux surface articulaires.

Le jeune J..., âgé de 15 ans, est le type de l'imbécile mental. Relativement propre, docile, son langage est restreint. Vous pouvez constater qu'il porte de grosses déformations cranio-faciales. Il présente donc le faciès classique du dégénéré.

— Aucune dystrophie au niveau des orteils.

— Rien au niveau de l'appareil oculaire (absence du syndrome de *Laurens-Moon-Biedl*, caractérisé par la coexistence de choroïdo-rétinite pigmentaire et de polydactylie avec ou sans symptômes adiposo-génitaux). Par ailleurs, la malformation des doigts n'offre aucun caractère *familial*.

Sa physionomie exprime une satisfaction constante. Il est entré à la Colonie de Vaucluse le 31 janvier 1936.

### Méningite aiguë pneumococcique enkystée chez un paralytique général, par M. L. MARCHAND, Mlle P. PETIT et M. J. FORTINEAU.

Les cas de méningite aiguë purulente survenant au cours de la paralysie générale ne sont pas communs et il y a lieu de rappeler ceux qui ont été observés par Laignel-Lavastine et Meunier (1), Le Grand (2), Pactet et Marchand (3), Guiraud et Caron (4), Marchand et Courtois (5). L'observation suivante, en raison de ses particularités cliniques, humérales et anatomo-pathologiques mérite d'être rapportée.

Ferdinand Ev..., charpentier, 55 ans, entre à l'Asile Sainte-Anne le 8 août 1935. Il avait été arrêté la veille à la suite d'un vol de planches dans un chantier et conduit à l'Infirmierie spéciale.

D'après sa femme, le malade présente depuis deux mois seulement des troubles mentaux consistant en dysmnésie, modification du caractère et de l'humeur ; il était devenu exubérant. Projets absurdes. Le 28 juillet, à la suite d'une dispute, il se montra menaçant et mit sa

(1) LAIGNEL-LAVASTINE et MEUNIER. — Suppurations méningées chez trois paralytiques généraux. *Soc. Anat.*, 21 nov. 1902, p. 913.

(2) LE GRAND. — Mort par méningite à pneumobacilles de Friedlander au cours de l'évolution d'une paralysie générale. *Soc. Méd. des Hôp.*, 31 juillet 1925, p. 1250.

(3) PACTET et MARCHAND. — Paralysie générale et méningite pneumococcique terminale. *Soc. Clin. de Méd. Ment.*, 18 juin 1928.

(4) P. GUIRAUD et M. CARON. — Les méningites bactériennes aiguës dans la paralysie générale. *Soc. Méd.-Psych.*, 21 mai 1931.

(5) L. MARCHAND et A. COURTOIS. — Méningite aiguë pneumococcique terminale chez un paralytique général. *Soc. Méd.-Psych.*, 8 déc. 1932.

femme à la porte ; celle-ci, effrayée, a été loger à l'hôtel et ne l'a plus revu depuis.

A son entrée, F. E. présente une euphorie niaise : « Il est heureux comme un roi », dit-il. Il exprime des idées de satisfaction corporelle. Il a « un cerveau épatant, comme on n'en trouve pas dans le monde ». Il peut exercer tous les métiers. Il a « une puissance sexuelle extraordinaire ». Erotisme avec exhibitionnisme au cours de l'interrogatoire. Idées de puissance avec thème politico-social : des inspirations lui sont venues « célestement ». Il va couvrir le monde d'or. Il part ce soir pour Moscou afin d'obtenir de l'U.R.S.S. 5 millions qu'il distribuera aux chômeurs français.

L'affaiblissement intellectuel est encore peu accusé, la mémoire est relativement conservée. L'évocation des dates, des faits importants est assez exacte ; cependant, il croit que le Président de la République est Félix Faure. Les épreuves élémentaires de calcul sont rapidement résolues. Les troubles du jugement sont très marqués ; perte complète du sens moral, inconscience de sa situation et de l'état morbide.

Le syndrome neurologique est ainsi constitué : dysarthrie, myosis et rigidité pupillaire, tremblement digital et lingual léger ; les réflexes rotuliens et achilléens sont normaux. Le malade est pâle, amaigri ; faiblesse musculaire ; la marche est instable, à petits pas, sans incoordination.

Les réactions de Bordet-Wassermann, de Meinicke et de Kahn sont positives dans le sang.

Liquide céphalo-rachidien : albumine : 1 gr. 30 ; réaction de Pandy et de Weichbrodt : +++ ; leucocytes : 4 ; benjoin colloïdal : 22222.22222.21000 ; réactions de Meinicke et de Wassermann : positives.

*Antécédents personnels.* — Le malade aurait contracté la syphilis à 38 ans et n'aurait jamais été traité.

Il avoue des excès éthyliques anciens (jusqu'à 5 litres de vin par jour ?).

Il a 4 enfants bien portants, un enfant est mort à 8 jours de « cyanose ». Sa femme n'a pas fait de fausse-couche.

*Antécédents héréditaires.* — Rien de spécial, le malade serait le 14<sup>e</sup> d'une famille de 21 enfants.

Le *traitement* par injections de stovarsol, à la dose de 1 gramme, 3 fois par semaine, est commencé le 14 août, après vérification de l'intégrité du fond d'œil. Dans les semaines qui suivent, notable amélioration : le malade est plus calme, des périodes d'euphorie alternent avec de courtes phases de dépression.

Le 16 octobre, brusque élévation thermique à 40°4 ; ronchus disséminés dans les deux champs pulmonaires ; suspension du traitement au stovarsol. Les jours suivants, la température descend en lysis et atteint 37° le 21.

Le 22 octobre, nouveau crochet thermique à 38°. L'examen révèle un foyer pneumonique au sommet du poumon droit.

Le 23, forte dyspnée, obnubilation intellectuelle plus marquée. Légère diminution de la force musculaire du côté droit sans modification des réflexes.

Le 24, six crises avec mouvements convulsifs localisés du côté droit ; durée : 5 à 6 minutes. Hémiparésie droite avec exagération des réflexes tendineux de ce côté et signe de Babinski des deux côtés. Pas de clonus des pieds ; pas de signe de Kernig. Déviation conjuguée de la tête et des yeux vers la gauche sans raideur de la nuque. Etat de stupeur. Mouvements automatiques dans les membres du côté gauche. La température se maintient aux environs de 39°.

L'état de torpeur intellectuelle, les crises convulsives, l'hémiparésie droite, la présence d'un foyer pneumonique avec température élevée et continue nous orientent vers le diagnostic d'une méningite aiguë, d'origine septicémique, malgré l'absence de signes méningés plus nets : absence de Kernig, de raideur de la nuque, de vomissements, de céphalée.

La ponction lombaire confirme ce diagnostic, en donnant issue à un liquide opalescent, puis trouble, légèrement xanthochromique : Albumine : 2 gr. 80. Pandy et Weichbrodt : + + +. Leucocytes : 850 éléments à la cellule de Nageotte avec nombreuses cellules endothéliales. Benjoin : 22222.22002.22222. Bordet-Wassermann : positif. Meinicke positif : + + +. Culot de centrifugation assez abondant, se composant de 95 % de polynucléaires et de 5 % de lymphocytes. Amicrobie apparente ; absence de bacilles de Koch.

Le 25 octobre, les crises convulsives se répètent, localisées du côté droit et prédominant à la face. Elles deviennent subintrantes et persistent jusqu'à la mort qui survient le lendemain 26 octobre.

EXAMEN MACROSCOPIQUE. — *Encéphale* : après incision de la dure-mère, la pie-mère de l'hémisphère droit apparaît épaissie, laiteuse ; elle adhère au cortex.

Du côté de l'hémisphère gauche, les circonvolutions ne sont pas apparentes. Toute la corticalité est recouverte d'un tissu lardacé, jaune-rougeâtre par endroits, s'étalant sur les lobes frontal, temporal, pariétal, ne laissant libres que la partie postérieure de la première et de la deuxième circonvolutions temporales gauches, la face externe et le pôle du lobe occipital. La face interne de l'hémisphère n'est pas recouverte par cette néo-formation en forme de galette. La surface externe s'accole à la face interne de la dure-mère. Après avoir incisé le tissu, on note qu'il comprend une membrane externe sous laquelle s'étend une nappe d'un pus jaunâtre fortement lié, et une membrane interne moins organisée appliquée sur la pie-mère. Au niveau de sa plus grande épaisseur, ce tissu couenneux atteint 5 millimètres. Très épais au niveau du lobe frontal, il va en s'amincissant de plus en plus vers le lobe occipital.

Il existe également du pus libre entre ce tissu néoformé et la pie-mère cérébrale. Cette dernière est épaissie, a une apparence laiteuse et adhère aux circonvolutions cérébrales.

Sur les coupes transversales des hémisphères cérébraux, on ne note aucune lésion localisée.

Adhérences des lobes frontaux entre eux à leur face interne.

A l'origine de la scissure de Sylvius gauche, au niveau de la région pédonculo-cérébelleuse et au pourtour de la tige pituitaire, présence de pus épais, jaunâtre, infiltrant la pie-mère.

Les ventricules cérébraux ne sont pas dilatés. Granulations du 4<sup>e</sup> ventricule. Pas d'athérome des artères de la base.

Poids de l'hémisphère droit (avec le tissu lardacé) : 570 gr. ; hémisphère gauche : 570 gr. ; cervelet et bulbe : 160 gr.

ORGANES. — *Poumons* : le droit pèse 1170 gr. ; pneumonie du sommet à la phase d'hépatisation grise. Du pus s'échappe de la grosse bronche ; exsudation de muco-pus quand on comprime le tissu pulmonaire. Le poumon gauche pèse 620 gr. Légère congestion de la base.

*Cœur* : poids, 440 gr. Aorte légèrement athéromateuse.

*Foie* : 1.880 gr. Apparence normale à la coupe.

*Reins* : le gauche pèse 170 gr., le droit, 140 gr. Congestion simple.

*Rate* : 150 gr.

EXAMEN MICROSCOPIQUE. — *Encéphale*. — *Hémisphère gauche* : le tissu de néo-formation qui recouvre l'hémisphère présente les caractères histologiques d'un abcès purulent enkysté. La paroi externe est formée d'une couche de fibroblastes semblable à celle qui se forme si rapidement autour des hémorragies sous-durales avec néoformation vasculaire. Sous cette couche, il en existe une autre, formée d'un réseau lâche de fibrine renfermant des lymphocytes, des macrophages et quelques polynucléaires. Enfin, entre cette couche et la pie-mère, l'espace est rempli d'une couche purulente épaisse formée de polynucléaires qui sont en voie de dégénérescence de plus en plus marquée à mesure que l'on se rapproche de la pie-mère. Au voisinage de la pie-mère, la couche purulente a une certaine tendance à s'organiser. Présence de nombreux diplocoques lancéolés, encapsulés, prenant le Gram (pneumocoques) et de cocci dans la couche purulente.

Pie-mère épaissie et infiltrée de lymphocytes, de fibroblastes et de cellules volumineuses du type macrophagique. Peu de polynucléaires. Dilatation énorme des vaisseaux sans suffusions sanguines.

Dans le cortex, l'architecture des cellules ganglionnaires est complètement bouleversée. Dégénérescence granuleuse du cytoplasma des cellules ; noyaux excentriques.

Le cortex est parsemé de petits lymphocytes prenant fortement les colorants basiques, s'appliquant tantôt sur les cellules nerveuses, tantôt restant isolés dans le parenchyme.

Dans la couche moléculaire et le cortex, prolifération considérable



des cellules névrogliques, surtout dans la zone située immédiatement sous la pie-mère.

Les vaisseaux corticaux et sous-corticaux, principalement les veinules, sont entourés d'un manchon de cellules plasmatiques développées dans leur adventice. Les cellules endothéliales des capillaires et des petits vaisseaux sont hypertrophiées. Dans la substance blanche, nombreux macrophages bourrés de pigments situés dans les espaces périvasculaires.

Cellules microgliales hyperplasiées dans tout le cortex, satellites des cellules et des vaisseaux, se présentant aussi à l'état isolé ; leurs corps sont très développés, d'aspect vacuolaire, spongieux ; les prolongements sont très ramifiés et épineux. Cellules en bâtonnets.

Dans la substance blanche sous-corticale, la prolifération microgliale est peu accusée. Les cellules microgliales y sont rares et petites, avec peu de prolongements. Elles ne se rencontrent que dans la zone située immédiatement sous la substance grise.

On ne note aucun élément microbien dans le parenchyme.

*Hémisphère droit* : les lésions de la pie-mère et du cortex sont les mêmes que celles décrites dans l'hémisphère droit ; l'infiltration méningée et la périvascularite des vaisseaux intra-corticaux y sont moins accusées.

*Cervelet* : l'infiltration de la pie-mère est très accusée. On y rencontre les mêmes éléments que dans la pie-mère cérébrale, lymphocytes, fibroblastes, grands macrophages, mais ici les polynucléaires y sont plus nombreux. Le parenchyme cérébelleux présente relativement peu de lésions.

*Bulbe* : infiltration de la pie-mère pér bulbair par des lymphocytes, des macrophages et des polynucléaires. Granulations névrogliques épendymaires du plancher du 4<sup>e</sup> ventricule. Les vaisseaux intrabulbaires sont entourés de manchons de cellules plasmatiques et lymphocytaires. Altération des cellules des noyaux des nerfs crâniens. Les cellules des olives renferment une zone pigmentée.

*Hypophyse* : petit adénome à cellules fœtales ; sclérose diffuse ; cellules chromophiles très abondantes. La zone intermédiaire renferme de nombreux acini remplis de substance colloïde. Lobe nerveux normal.

ORGANES. — *Reins* : néphrite interstitielle chronique. Nombreux foyers d'infiltration lencocytaire ; glomérules en voie de transformation fibreuse. Congestion intense.

*Foie* : congestion simple, pas de sclérose ; ordination des cellules normales. Aucune dégénérescence graisseuse.

*Rate* : apparence normale ; corpuscules de Malpighi très développés.

*Poumon droit* : broncho-pneumonie à foyers disséminés. Zone d'alvéolite purulente. Infiltration des cloisons inter-lobulaires et zone d'alvéolite catarrhale. Nombreux pneumocoques.

En résumé, un sujet atteint de paralysie générale au début, présente, au cours d'un état pulmonaire caractérisé d'abord par une bronchite aiguë, puis par une pneumonie, un état de torpeur, des crises convulsives localisées au côté droit, une hémiparésie droite, une température élevée. En se basant sur l'observation de cas antérieurs semblables, le diagnostic de méningite aiguë, survenant au cours d'une pneumonie et compliquant la paralysie générale, est posé malgré l'absence du syndrome méningé habituel. Il est confirmé par les résultats de la ponction lombaire.

Comme dans le cas de Marchand et Courtois, le bouleversement du liquide céphalo-rachidien consista en une hyperalbuminose et une polynucléose considérables, un benjoin précipitant dans les cinq derniers tubes (zone méningitique) et cependant, les réactions de Bordet-Wassermann et de Meinelke, la précipitation du benjoin dans la zone syphilitique ne furent pas modifiées.

Au point de vue anatomo-pathologique, il est curieux de noter que le pus s'est collecté dans l'espace sous-dural intra-arachnoïdien de l'hémisphère gauche, s'est organisé absolument comme un hématome sous-dural (1), mais ici, le pus a remplacé le sang ; la néoformation présente ainsi les caractères histologiques d'un abcès purulent enkysté.

L'infiltration purulente de la pie-mère, par contre, s'est localisée à la partie antérieure de la scissure de Sylvius, au pourtour de la tige pituitaire et à la région pédonculo-cérébelleuse. Dans les autres régions, la pie-mère est surtout infiltrée de lymphocytes, de fibroblastes et de cellules volumineuses du type macrophagique. Les lésions intra-corticales sont celles de la paralysie générale.

Autre remarque déjà faite dans nos observations précédentes : les éléments figurés (pneumocoques, cocci), observés dans la pie-mère, ne pénètrent pas dans le parenchyme cérébral, malgré les lésions intenses d'encéphalite.

Ce nouveau cas montre qu'un processus inflammatoire intéressant les méninges, loin d'être un obstacle à l'évolution d'une méningite aiguë, semble rendre plus sensible la pie-mère à une nouvelle infection.

M. GUIRAUD. — J'ai eu un cas identique. Ce paralytique, un beau jour, fit de la température, eut le faciès hébété, une moitié

(1) L. MARCHAND. — Hémorragie intra-arachnoïdienne enkystée chez un paralytique général sénile. *Soc. Clin. de Méd. Ment.*, 15 nov. 1926.

du corps impotente, comme s'il venait d'avoir un ictus. La ponction lombaire révéla la présence de nombreux polynucléaires sans aucun microbe. L'autopsie révéla les mêmes lésions que celles du malade de M. Marchand.

M. RAYNEAU. — Je rappelle, à ce propos, à M. Marchand, le cas publié par lui et moi du sujet de mon service qui, après avoir été projeté violemment dans un accident de chemin de fer, fit un syndrome paralytique. Il allait beaucoup mieux, lorsqu'il fut foudroyé par un ictus. Et l'autopsie nous montra une méningite purulente (*Rev. Neurolog.*, 30 avril 1912).

**Neurinome du nerf acoustique. Cécité et troubles psychiques,**  
par M. L. MARCHAND.

Il est souvent très difficile de préciser le diagnostic entre une tumeur de l'angle ponto-cérébelleux et une tumeur frontale. Le cas suivant, dans lequel les troubles psychiques et une atrophie optique, à marche rapide, sont venues s'associer aux phénomènes acoustico-vestibulaires, en est un exemple.

M..., sans profession, âgé de 57 ans, entre à l'Asile Sainte-Anne le 30 août 1935, venant de l'hôpital Tenon.

Les renseignements suivants nous ont été fournis par sa fille et par le consul de France à Mons.

*Antécédents héréditaires.* — Mère décédée. Elle était atteinte de paralysie et de tremblement. Aucun renseignement sur son père.

Un frère alcoolique, mort à l'asile de Tours. Deux autres frères sont bien portants. Deux sœurs, dont l'une serait bizarre et alcoolique.

*Antécédents personnels.* — M... n'a jamais été normal et a toujours eu un caractère difficile. Marié, il a eu deux enfants, une fille, atteinte de nanisme par mal de Pott, et un fils, qui aurait des troubles du caractère.

Désertion pendant son service militaire. Il se rend en Belgique. « Il est condamné par arrêté de la cour d'assises du Brabant en date du 12 novembre 1909 aux travaux forcés à perpétuité du chef de violences ayant entraîné la mort sans intention de la donner. Vols qualifiés, tentative de vols qualifiés, vols simples. » D'après sa fille, il a commis un vol au cours duquel il a étranglé une vieille femme.

Il est grâcié en 1930, après une détention de 22 ans pour homicide. Il revient en France. Sa femme est décédée durant son incarcération.

Sa fille le reçoit chez elle. Il trouve du travail dans une usine dans le Loir-et-Cher. Dès cette époque, il est atteint d'hallucinations visuelles; il voit des chats, cherche à attraper des images et des objets sur une table et s'étonne que ses visions ne répondent à rien. Il se plaint bientôt d'étourdissements, de vertiges, de tremblement, d'insomnie.

En 1931, il vient à Paris, se met en ménage avec une amie, mais celle-ci terrorisée le quitte au bout de 8 jours. Il la menaçait, lui faisait des prédictions sinistres. Il demande alors à sa fille de quitter son mari pour le soigner. A partir de cette époque, il se plaint continuellement de maux de tête et sa vue commence à baisser.

En 1932, il se rend à la consultation de la Pitié (service du Dr Clovis Vincent), où on diagnostique une tumeur cérébrale. Il refuse l'intervention.

Il se plaint de bourdonnements, entend des sons de cloche et même des voix venant du côté gauche. Souvent, il demande à sa fille : « Qu'est-ce que tu dis ? », ou bien il croit entendre sonner un réveil. Les troubles de la mémoire apparaissent à la même époque, troubles de la mémoire de fixation et d'évocation, sans désorientation toutefois. La céphalée est très accusée. A plusieurs reprises, vomissements sans effort et en fusée aussitôt après l'ingestion des aliments. Il éprouve la sensation de faim même aussitôt après avoir mangé.

Plusieurs fois, il vient faire du scandale au domicile de sa fille ainsi qu'à l'atelier où elle travaille. Il raconte à tout le monde qu'elle veut se débarrasser de lui. Phases de dépression au cours desquelles il pleure ; il demande qu'on lui donne un revolver pour se suicider. Son caractère est devenu insupportable. Il fait plusieurs séjours dans les hôpitaux où on refuse de le garder en raison de son irritabilité. La cécité est devenue complète. Il est d'abord recueilli par sa sœur qui le remet ensuite à sa fille. Placé à Tenon, il s'agite, insulte le personnel et il est interné à Sainte-Anne.

A son arrivée à l'Asile, M... est calme ; il est complètement aveugle. Il nous dit qu'il vient de Tenon et sait où il est. Il donne exactement son nom, son âge, la date et le lieu de sa naissance. Il vivait avec sa sœur dont il donne l'adresse, mais ne se rappelle pas le numéro. Il est veuf et ne peut dire à quelle époque est morte sa femme. Il a vécu longtemps en Belgique ; il nous cache son acte criminel et sa détention. Il nous ment en disant qu'il a été mobilisé pendant la guerre et qu'il a été sur le front ; il sait que la guerre a commencé en 1914 et croit que l'armistice a eu lieu en 1917. Sa vue a commencé à baisser « depuis l'exposition coloniale en 1931 ». Quant à sa légère surdité, elle n'existerait d'après lui que depuis un mois. Il a deux enfants, une fille et un fils ; il ne peut dire leur âge. Il ne se rappelle pas avoir été soigné à la Pitié il y a plusieurs années.

Pendant l'interrogatoire, mouvements d'impatience. Chaque fois qu'on lui demande des précisions, il répond : « Ce sont là des détails

sans importance. » Il manifeste de l'anxiété, semble aux agnets et croit qu'on parle de lui dans la pièce voisine.

Il émet des idées de persécution. A Tenon, on lui a fait beaucoup de misères ; on l'a frappé, on s'est moqué de lui. On l'a traité « de vieille canaille, de vieux fou, de fripon ». Il refuse de dire tout ce qu'on lui a fait parce que toutes ses paroles sont répétées et « on lui tombera dessus à la sortie ». Depuis qu'il est ici, on l'a déjà traité de fou ; on l'insulte du matin au soir et il refuse de désigner les personnes. C'est une honte pour toute sa famille. Avant d'être hospitalisé à Tenon, personne ne l'avait injurié.

L'examen physique décèle les troubles suivants : outre la cécité complète, il existe une hypoacousie bilatérale sans bruits subjectifs.

La marche sous conduite se fait à petits pas avec titubation légère, sans que le corps soit entraîné plutôt d'un côté que de l'autre. Rigidité des membres ; absence des mouvements pendulaires des bras pendant la marche. Pas de Römberg. Le sujet ne se plaint d'aucune sensation vertigineuse.

Pas de paralysie ou parésie. La force musculaire est conservée des deux côtés. La résolution musculaire ne peut être obtenue. Pas de dysmétrie, ni d'incoordination. Pas de troubles de la sensibilité.

Les réflexes patellaires et achilléens sont vifs. Pas de clonus. Le réflexe cutané plantaire se fait en flexion des deux côtés. Conservation des réflexes abdominaux et crémastériens.

L'examen est rendu difficile par le mauvais vouloir que le malade met à accomplir les épreuves demandées et par la cécité.

A l'examen ophtalmologique, papilles atrophiques. Les urines ne renferment ni sucre, ni albumine.

Aucun signe de maladie de Recklinghausen.

Le Bordet-Wassermann est négatif dans le sang. Le diagnostic de tumeur cérébrale étant certain, la ponction lombaire n'est pas pratiquée en raison de son danger.

La température oscille entre 36° et 37°. Pouls : 56 pulsations.

Les jours suivants, on note des hallucinations auditives avec fabulation. M... parle très souvent seul. Un matin, à la visite, ignorant notre présence, il s'adresse à une personne qu'il croit placée à sa droite, lui dit qu'il va aller en Touraine pour les vendanges, qu'il s'occupera du pressoir et qu'il mangera des raisins.

10 septembre 1935. Il s' imagine qu'il a une lettre sous son traversin et se met en colère parce qu'il ne la trouve pas. Il a commandé, dit-il, du pain à la cantine, mais on lui a répondu que c'était la grève des boulangers. Il tient des conversations avec des personnages imaginaires. Il se plaint qu'on lui refuse tout ce qu'il désire, même de l'eau. Tous les matins, à la visite, il demande à quitter l'hôpital, seul ; il trouvera bien son chemin avec une canne et il pourra gagner facilement sa vie.



3 octobre 1935. A onze heures et demie, au moment du déjeuner, vomissements bilieux et perte de connaissance ; secousses peu étendues dans les quatre membres ; hypertonie ; faciès coloré ; sueurs généralisées. Durée de la crise, 5 minutes. Puis, gémissements et impossibilité de parler. Réflexes tendineux exagérés ; signe de Babinski à gauche ; réflexe cutané plantaire en flexion du côté droit. Céphalée.

4 octobre 1935. Prostration profonde ; M... ne répond pas aux questions. Vomissements dans la matinée. Pas de paralysie. Réflexes patellaires plus vifs à droite. Réflexe achilléen aboli à droite, normal à gauche. Clonus du pied et signe de Babinski du côté gauche. Gâtisme urinaire. Céphalée.

5 octobre 1935. Même état, mais le réflexe cutané plantaire reste indifférent du côté gauche.

7 octobre 1935. Excitation intellectuelle. Agressivité. M... exprime les mêmes idées de persécution qu'à son arrivée. Il accuse le médecin d'être de mauvaise foi et de le garder arbitrairement. Il veut partir ; il préfère aller en prison, il n'a besoin de personne pour le conduire.

Les réflexes patellaires et achilléens sont exagérés. Hypertonie généralisée sans parésie. Pas de signe de Babinski, ni de clonus des pieds. Parole normale. M... a pu se lever et marcher étant guidé.

Température normale. Pouls : 60.

8 octobre 1935. M... reste assis sur le bord de son lit ; obnubilation intellectuelle et fabulation : « Le directeur est venu le voir et il s'est promené avec lui. » Secousses cloniques dans les membres du côté droit. Il demande à boire, mais porte difficilement la timbale à ses lèvres avec son bras droit.

Les jours suivants, somnolence presque continue, seulement entrecoupée de courts réveils pendant lesquels il répond aux questions sur un ton doucereux, ironique, se plaignant des misères qu'on lui fait subir. Crises de tremblement avec prédominance des mouvements du côté droit sans perte de connaissance, d'une durée de dix minutes. Pouls : 80.

30 décembre 1935. Somnolence continue, état presque comateux. M... n'a pas reconnu sa fille venue le voir. Il tient les membres inférieurs demi-fléchis et gémît dès qu'on les touche ou qu'on les remue. Signe de Babinski bilatéral. Température normale.

3 janvier 1936. Mort.

*Autopsie.* — A l'extraction de l'encéphale de la boîte crânienne on note du côté gauche au niveau de l'angle ponto-cérébelleux la présence d'une tumeur de la grosseur d'une petite noix, qui adhère légèrement à la dure-mère. (fig. 1). Elle est de couleur grisâtre, de consistance ferme. Elle a repoussé du côté droit la protubérance en déterminant sur celle-ci une encoche sans cependant l'envahir. Elle comprime le pédoncule cérébelleux moyen gauche, la partie supérieure du

lobule digastrique, le sillon marginal antérieur du cervelet ; atrophie du lobe quadrilatère antérieur. La tumeur s'est développée sur le trajet du nerf auditif. Le nerf facial la contourne à sa face supérieure, le glosso-pharyngien, le pneumogastrique et le spinal à sa face inférieure.

Les ventricules latéraux sont distendus, mais le troisième ventricule l'est davantage au point que la tige pituitaire, elle-même dilatée, n'existe plus. Les nerfs optiques et le chiasma ont un volume moitié moindre qu'à l'état normal.



FIG. 1. — Neurinome du nerf acoustique gauche.

ORGANES. — Aucune lésion pulmonaire. *Cœur*, 450 gr. Athérome avec incrustations calcaires au niveau des valvules sigmoïdes. *Foie* : aucune lésion. *Rate* : 200 gr. *Rein gauche* : 200 gr. ; *rein droit* : 175 gr.

EXAMEN MICROSCOPIQUE. — *Cerveau* : pie-mère normale ; quelques suffusions sanguines récentes. Pas d'adhérences cortico-méningées.

Dans le *cortex*, les cellules ganglionnaires présentent une zone pigmentée sans autres lésions. Névrogliie normale. Les vaisseaux sont dilatés, surtout les capillaires, les artérioles et les veinules. Dans la substance blanche sous-corticale, certains vaisseaux ont leur adventice infiltrée de cellules embryonnaires ; nombreux corps granuleux bourrés de granulations lipéido-pigmentaires dans les espaces périvasculaires. Les régions calcarines ne présentent aucune lésion localisée.

Tout le parenchyme est infiltré de sérosité se disposant en gouttelettes entre les divers éléments et dilatant les espaces périvasculaires (œdème cérébral).

Dans les *noyaux caudés* et les *putamens*, mêmes lésions vasculaires et même infiltration œdémateuse. Pas de lésions de l'épithélium ventriculaire, mais la couche névroglique sous-épendymaire est épaissie.

Dans le *nerf optique*, dégénérescence de toutes les fibres myéliniques au Weigert-Pal. Le nerf est parcouru par des tractus de collagène qui partent de la gaine pie-mérienne et qui le divisent en loges multiples dans lesquelles le nerf n'est plus représenté que par de petites cellules névrogliques très riches en fibrilles. Les vaisseaux ont leur adventice très épaissie sans aucune infiltration lymphocytaire. Présence de nombreux corps amyloïdes.

La *tumeur* est constituée par des cellules allongées, à cytoplasma nettement fibrillaire, à noyaux fusiformes, se groupant en faisceaux qui s'entrecroisent et qui, souvent, forment des tourbillons. Par endroits les faisceaux sont assez lâches et les cellules sont séparées par de la sérosité. Présence de collagène entre les faisceaux, mais cette substance forme surtout une coque lamelleuse autour de la tumeur. Le stroma est très riche en vaisseaux. Foyers d'hémorragie ancienne et foyers d'hémorragie récente. Pseudo-kystes dans des zones nécrosées. Il s'agit d'un *gliome périphérique* ou *neurinome*.

*Hypophyse* : congestion intense. Nombreuses cellules acidophiles.

*Moelle cervicale* : un certain nombre de cellules radiculaires sont en voie d'atrophie. Dégénérescence de nombreuses fibres myéliniques à la périphérie des cordons antérieurs.

ORGANES : *Foie* : aspect normal. *Reins* : légère sclérose diffuse. *Rate* : la pulpe rouge est très développée et gorgée de sang.

On peut résumer ainsi l'évolution des accidents chez ce malade : hallucinations visuelles, étourdissements, vertiges, tremblement, insomnie, céphalée, troubles du caractère ; baisse progressive de la vue aboutissant à une cécité complète par atrophie optique. Troubles auditifs unilatéraux consistant en bourdonnements, sons de cloche, hallucinations auditives verbales, légère hypoacousie bilatérale. Bradycardie. Vomissements sans efforts. Puis, apparaissent des troubles de la mémoire, des phases de dépression avec idées de suicide, des idées de persécution, des troubles du jugement, de la fabulation. L'hypoacousie ne progresse pas. On constate ensuite des troubles de la marche avec titubation et sensation vertigineuse, des signes d'irritation pyramidale bilatérale avec prédominance du côté droit, des crises convulsives, un état stuporeux terminal. A l'autopsie, tumeur (neurinome) du nerf acoustique gauche de la grosseur d'une noix, comprimant la protubérance et ayant détruit une partie du lobe cérébelleux gauche.

La durée de l'affection semble avoir été 5 ans.

Le diagnostic de la localisation de la tumeur était particuliè-

rement délicat, puisque la cécité, les troubles de l'équilibre, sans autres signes cérébelleux, les vertiges, les troubles psychiques, les signes d'irritation pyramidale, les crises convulsives, pouvaient être attribués à une tumeur des lobes frontaux. Contrairement à ce que l'on observe habituellement (1), il n'existait aucune paralysie des nerfs voisins du VIII. Seuls, les troubles acoustico-vestibulaires ne cadraient pas avec ce diagnostic.

Il est exceptionnel d'observer des troubles visuels hallucinatoires comme symptômes de début d'une tumeur du nerf acoustique et, à la phase clinique, une cécité complète par atrophie optique. On ne constate, habituellement, qu'une stase papillaire à l'occasion des phénomènes acoustico-vestibulaires en rapport avec l'hypertension intra-cranienne [Darquier et Schmite (2)]. C'est cependant à cette dernière que l'on peut attribuer l'atrophie optique. Notre malade présentait des symptômes d'hypertension intra-cranienne et, à l'autopsie, nous observons la distension des ventricules latéraux et principalement du 3<sup>e</sup> ventricule, au point que la tige pituitaire participait à la dilatation. Cette hypertension était due à la tumeur qui apportait une gêne dans la circulation liquidienne des espaces ventriculo-arachnoïdiens.

Quant aux troubles psychiques, nous les attribuons à l'œdème cérébral et aux réactions inflammatoires diffuses. C'est là un nouvel exemple que, dans les tumeurs cérébrales de petit volume, ce n'est pas leur localisation, mais les lésions cérébrales diffuses associées qui déterminent les phénomènes mentaux.

#### Impulsions au suicide chez un vieillard épileptique, par M. P. COURBON et Mlle S. ROUSSET.

Le malade est un homme de 75 ans, sujet, depuis l'âge de 57 ans, à des crises convulsives, qui vient d'être interné pour la seconde fois en 2 ans à cause de l'acuité prise soudain par l'envie de se suicider qu'il manifeste à la moindre contrariété depuis une dizaine d'années.

C'est sur cette envie du suicide, chez un vieillard épileptique, que nous voudrions attirer l'attention.

(1) L. MARCHAND et SCHIFF. — Méningoblastome de l'angle ponto-cérébelleux. *Soc. anat.*, 7 mars 1925.

(2) DARQUIER et SCHMITE. — Contribution à l'étude des tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux. *Revue Neurol.*, août 1935, p. 257.

Agé de 75 ans, il fut successivement berger, maréchal-ferrant, puis cocher de fiacre à Paris. Il vit depuis 12 ans de sa pension avec sa femme qu'il épousa il y a près d'un demi-siècle. Il fut toujours sobre et bien portant.

Depuis l'âge de 57 ans, apparaissent, presque chaque mois, une ou deux crises d'épilepsie convulsive qui ne se sont pas modifiées. Brusquement, il perd connaissance, tombe à terre, généralement du côté gauche, et, pendant 1 à 2 minutes, des convulsions l'agitent, puis il revient à lui, et recouvre lentement sa validité, gardant parfois pendant longtemps le membre, sur lequel il est tombé brutalement, endolori.

Depuis une quinzaine d'années, le sujet presque unique de ses conversations est le procès des automobiles, leur danger, leur laideur, leur mauvaise odeur, la ruine qu'ils infligent à tous les corps de métier de la carrosserie, de la bourrellerie, etc... Il aborde les cochers de fiacre, cause amicalement avec eux, flatte leurs chevaux de la main, fait sonner les grelots, caresse les harnachements. Il commente longuement les accidents d'automobile et les courses de chevaux publiés dans les journaux.

Peu à peu ses camarades meurent. Il passe souvent devant les stations de fiacre en interpellant de moins en moins les cochers. Il se promène, solitaire, rapportant des clous, des bouts de cuir, des talons de soulier, des ficelles, ramassés dans les poubelles, et qu'il range soigneusement. Cette manie est prétexte à reproches de la part de sa femme, car ces déchets sont inutilisables. Mais il défend avec véhémence ces épaves qui lui rappellent son ancien métier, et menace de se jeter à l'eau si on les lui prend.

Les efforts lui sont de plus en plus pénibles. Ce sont des scènes pour obtenir qu'il change de linge, qu'il se lave les mains, qu'il se rase : « A quoi bon, répète-t-il, ça peut bien aller encore. » Et si sa femme insiste, il menace de la frapper, puis sort en colère sans jamais avoir levé la main sur elle. Il reste de plus en plus au logis, lisant et relisant le même journal, ou chantant les chansons patoises de son pays. Son humeur, en effet, est habituellement gaie ; mais les moindres contrariétés sont prétextes à souhaiter la mort. Le paiement du loyer, la nécessité d'aller au marché, de mettre du charbon au feu, la tombée de la pluie, les douleurs lombaires auxquelles il est sujet par crises, amènent ces réflexions : « Mieux vaudrait être mort. Quel embêtement de vieillir. Les vieux sont mieux au cimetière qu'à la maison où ils ne peuvent pas faire ce qu'ils veulent. » Il n'essaya jamais de se suicider, mais il parle de se noyer à chaque discussion : quand sa femme le prie de ne pas chanter si fort, de ne pas marcher si bruyamment dans la chambre, de ne pas aller se promener si tard, de ne pas enfoncer un clou pour ne pas incommoder les voisins.

Une nuit de septembre 1934, alors qu'il souffrait d'insomnie par douleur de la fesse sur laquelle il était tombé au cours d'une crise deux jours plus tôt, il quitta le domicile pour aller se jeter dans la Seine. Sa femme le suivit, prévint des agents cyclistes qui l'appréhendèrent.



Il ne résista pas, fut conduit à l'hôpital et, de là, à Sainte-Anne où il resta du 18 septembre 1934 au 2 juin 1935. Il reprit alors auprès de sa femme la même vie. Il vient d'être interné pour la seconde fois. Il se déclare enchanté d'être dans un hôpital, dont il ignore le nom qui ne l'intéresse pas, mais où il est loin de sa femme. Il ne veut pas retourner chez elle, car il en a assez d'être traité d'idiot et d'âne. Il ferait un malheur en la tuant, il préfère aller se jeter à la Seine. Ici, à l'hôpital, il est bien. Il est avec de bons garçons. Il peut y faire tout ce qu'il veut. Et sa volonté doit être de rester au lit, car, depuis son entrée, il n'a pas demandé à se lever. Il n'a rien demandé du tout et s'est toujours montré souriant.

Sociable, il répond avec animation et correction aux questions posées. Il sait approximativement la date et il fait avec exactitude le récit de son passé, et des itinéraires à travers Paris qu'on lui pose. Mais il est incapable de préciser les dates des événements des dernières années et confond ses deux internements. Il se rappelle les deux guerres, reedit avec émotion comment il apprit la déclaration de la première, alors qu'il était enfant de chœur dans son pays. Et ce récit est suivi de maints autres sur son enfance, sur la composition des troupeaux dont il était berger, sur ses patrons, sur la façon dont un bâtard de la famille de son père décédé le mit en apprentissage par reconnaissance de ce que son père avait fait pour lui. Il est prolix également sur les métiers de maréchal-ferrant et de cocher qu'il exerça. Mais il est concis faute de souvenirs sur ses dernières années. Jamais il ne manifeste spontanément d'idées de suicide. Mais il avoue ne pas redouter la mort, et la préférer au retour chez sa femme. Cette déclaration est faite sans émotion, sur un ton plutôt gai. Et elle ne l'empêche pas de recevoir très affectueusement les visites de sa vieille compagne. D'ailleurs elle ne l'avait pas empêché, en 1935, lors de sa sortie de l'asile, de retourner vivre bien en paix avec elle.

En somme, le malade présente épisodiquement des crises d'épilepsie convulsive, et perpétuellement, le syndrome mental non pas de la démence, mais de l'involution sénile tel que l'un de nous a essayé de l'établir (1) : restriction générale de l'affectivité et de l'activité intellectuelle avec perte de la mémoire des faits récents et radotages des faits anciens (2).

L'existence d'idées de suicide chez ce vieillard, atteint récemment de crises convulsives, pose le problème des rapports du suicide et de l'épilepsie. Ce rapport semblerait, *a priori*, devoir être extrêmement fréquent, étant donné les conditions terribles d'existence que crée l'épilepsie avec l'inéluctable fatalité de ses pertes de connaissance, les dangers de ses chutes mutilantes ou mortelles, la menace de ses actes délictueux ou criminels inconsciemment accomplis. Or, la clinique montre que le suicide

volontaire, *exécuté en toute lucidité par horreur de son triste sort*, est tout à fait exceptionnel chez l'épileptique. L'un de nous (3) a rapporté des exemples saisissants de la persistance du goût de vivre chez de tels sujets. Ces exemples sont une démonstration convaincante de l'illusion égomorphique qui nous fait juger les autres d'après nous-mêmes.

Le cas de notre malade n'infirmes pas la règle affirmée par l'un de nous (4), et confirmée par le médecin du Service des Epileptiques de Bicêtre, Maillard (5), que le dégoût de l'existence éprouvé par un épileptique, en dehors des accès de sa maladie intermittente, a généralement un autre fondement que la conscience des conditions misérables créées par cette maladie. Les cas cités par quelques auteurs, dont Picard (6), etc., de certains épileptiques qui, en plus des absences et des chutes, ont de l'anxiété n'infirmes pas la règle. L'anxiété supprime la lucidité. Ainsi que s'est efforcé de le démontrer l'un de nous à propos d'une étude générale sur le suicide (7), l'état d'un anxieux est comparable à celui d'un délirant, non à celui de l'homme sain qui raisonne librement.

Les idées de suicide de notre vieillard n'ont pas de rapport direct avec ses crises. Elles ne s'imposent pas à lui arbitrairement avec le caractère d'un automatisme qu'il doit subir malgré lui, comme cela se produit dans l'épilepsie consciente et mnésique dont Marchand a si bien mis en évidence les traits essentiels. Elles ne sont que l'exacerbation logique et passagère, sous l'aggravation des circonstances extérieures, du détachement qu'il a de l'existence. L'idée de se donner la mort n'apparaît jamais qu'à l'occasion d'un incident venant faire obstacle à la réalisation d'un désir, ou causant de la douleur. C'est quand une poussée de rhumatismes, ou les meurtrissures d'une chute l'immobilisent, quand les quintes de toux d'une bronchite grippale l'empêchent de dormir, quand sa femme le contredit, lui reproche de rentrer trop tard, qu'il parle de se noyer. La nuit où il s'enfuit pour se jeter à la Seine, ce qui fut le prétexte de son premier internement, avait été précédée de deux journées et de deux nuits d'insomnie causée par les douleurs de la fesse sur laquelle il était tombé en perdant connaissance.

En somme, le suicide se présente au malade comme un refuge contre les misères et les contrariétés de la vie, et son épilepsie n'est qu'une de ces misères. Nous voyons, chez notre malade, la forme ultime de cette intolérance de tout vieillard pour les contrariétés, intolérance que l'un de nous (8) a proposé de désigner par le nom d'« incontinence mentale sénile », et qui

consiste dans l'incapacité de différer l'exécution de ses idées, de maîtriser ses émotions, de réfréner l'expression de ses sentiments, de retarder le soulagement de ses besoins et de surseoir à la satisfaction de ses désirs.

## BIBLIOGRAPHIE

1. COURBON (P.). — Psychologie de la vieillesse. *Journ. de Psychol.*, 1927, p. 455.
2. COURBON (P.). — Le radotage. *Ann. Méd.-Psych.*, janvier 1923.
3. COURBON (P.) et Mme FRANCÈS. — Inconscience des épileptiques vis-à-vis de la gravité des conséquences de leurs crises. *Revue Neurol.*, 1932, t. I, p. 1351.
4. COURBON (P.). — Contribution à l'étude de la psychologie des maladies chroniques. *Encéphale*, 1920, p. 682.
5. MAILLARD. — Discussion de la communication de Courbon sur la psychologie des maladies chroniques. *Encéphale*, 1920, p. 685.
6. PICARD. — Parentés de l'épilepsie et de la psychose maniaque-dépressive. *Evolution psychiatrique*, 1934.
7. COURBON (P.). — Psychophysiologie du suicide. *Ann. Méd.-Psych.*, 1934, t. II, p. 384.
8. COURBON (P.). — Incontinence mentale sénile et réactions mystificatrices de l'entourage. *Ann. Méd.-Psych.*, 1930, t. II, p. 58. — Voir aussi la discussion du rapport de R. ANGLADE sur les Psychoses périodiques tardives. *Congrès des Aliénistes et Neurologistes*, Bordeaux, 1931, page 94.

### Impulsion au magnicide révélatrice d'hébéphrénie, par MM. P. COURBON et FORTINEAU.

Le jeune homme que nous allons présenter eût pu avoir une triste célébrité, car il vint à Paris pour accomplir l'assassinat politique qu'une Ligue, dont il admirait le programme, aurait bien voulu lui commander. La Gendarmerie, le Ministère de l'Intérieur et la Préfecture de Police échangèrent à son sujet des télégrammes alarmés. Fort heureusement il n'en fut rien. Tout l'intérêt de son cas sera purement médical. Il est triple : posant d'abord le diagnostic entre trois états psychopathiques : la paranoïa revendicatrice, la bouffée délirante pubérale et la prédominance hébéphrénique ; soulevant ensuite la question de l'origine infectieuse de l'hébéphrénie ; prêtant enfin matière à quelques considérations sur la splanchnectomie.

Il s'agit d'un garçon de 16 ans, appartenant à une excellente famille bourgeoise, et qui, un beau jour, quitta furtivement le lycée

où il était en seconde, pour débarquer à Paris où il alla immédiatement au siège d'une organisation politique dont il faisait partie afin de s'y engager comme « homme de main ».

Sa famille, épouvantée de sa disparition et connaissant ses opinions exaltées, prévint la gendarmerie qui alerta par dépêches toutes les autorités policières.

Il fit part de ses intentions aux premières personnes rencontrées à la Permanence. On prit son nom et on lui demanda son adresse. Il dit n'en point avoir, on lui indiqua donc un hôtel modeste où il retint une chambre à 40 fr. par semaine, espérant que, d'ici-là, il serait, suivant la promesse qui lui en avait été faite, convoqué pour exécuter la besogne qu'on souhaiterait de lui.

En attendant, il écrivit à une tante pour lui fixer rendez-vous pour le lendemain. Elle y vint, le décida à la suivre chez des amis, le confia à un médecin qui l'avait déjà soigné enfant et qui l'amena à l'un de nous pour examen psychiatrique. Le jeune homme expliqua qu'en se mettant à la disposition de la Ligue pour accomplir un acte dangereux, comme l'assassinat d'un adversaire politique, il pensait à la fois rendre service à sa Cause et aussi trouver une carrière pour laquelle le succès au baccalauréat ne serait pas exigible. Cet aveu fut fait sans la moindre jactance avec un niais sourire.

Prié de fournir des détails sur ce que serait cette carrière, il se lança dans un grand discours sur la malhonnêteté contemporaine, la nécessité d'épurer la société, l'utilité de la propagande par le fait et sur le dégoût des études ! Quant à fournir des précisions sur la situation qu'il attendait de sa venue chez les ligueurs, ce lui fut impossible. « Je ne peux pas prévoir d'avance, disait-il, je pense qu'on me chargera de quelque poste pour lequel on me payera. »

Le peu d'empressement avec lequel fut accueillie sa proposition par ceux à qui il la fit, le vague de leurs promesses, le manque de préparation de l'attentat, tous points sur lesquels on attira son attention, ne l'embarrassèrent guère. Il les concédait, mais n'y voyait pas d'éléments d'insuccès. D'ailleurs, il avouait avoir changé de projet, puisque sa tante lui avait promis de ne plus le ramener ni chez son père, ni chez son oncle. Il irait chez elle, en Allemagne, où elle habite toute l'année, et d'où elle ne revient qu'aux vacances. Malgré sa méconnaissance de l'allemand, il savait qu'il s'y intéresserait. Et il était aussi incapable de préciser les conditions d'existence qui lui plairaient là-bas, que de préciser celles de son exploit politique.

Le médecin qui depuis l'âge de 12 ans le soigne nous raconta son passé : jusqu'à 12 ans il aurait été, d'après les parents, un assez bon élève et un enfant affectueux, malgré maintes maladies bizarres qui furent l'objet des diagnostics les plus différents : bronchites infectieuses, asthme infantile, suffocations, poussées fébriles essentielles. A cet âge, il fut atteint de poliomyélite aiguë, diagnostic porté par un neurologue, et qui laissa une légère atrophie du membre inférieur

gauche. C'est depuis cette maladie que son caractère se serait transformé. Il devient taciturne, irritable, solitaire, cesse de jouer avec ses camarades et ses frères et sœurs. Il travaille mal, prétend ne plus aimer que la poésie et la géologie.

On attribua cette modification à la masturbation qu'il reconnut pratiquer modérément, pratiques qui ne l'empêchèrent pas d'acquérir un développement physique supérieur à celui des enfants de son âge. Il devint ergoteur, lecteur de journaux, apologiste des jeunesses patriotes, se fit inscrire à une ligue, et ce furent désormais des discussions incessantes avec ses parents qu'il accusait de tiédeur patriotique quand ils lui reprochaient sa paresse et ses pertes de temps.

L'an dernier, son état empira, il avait des crises atypiques, restait immobile, oisif pendant des heures avec des tremblements par tout le corps, une coloration rose ou une pâleur de la peau, des crispations du visage avec tachycardie à 140, et hypertension artérielle à 26. Il déclarait sentir pendant ses crises « sa tête qui éclatait, ses idées qui se brouillaient et avoir l'impression de devenir fou ». Tous ces troubles furent mis sur le compte de l'hypertension et en novembre 1935 on pratiqua sur lui la section des deux splanchniques gauches. La tension tomba immédiatement à 15, mais ne tarda pas, au bout de quelques jours, à remonter à 18. Il y eut une sédation appréciable des crises, mais la conduite du sujet ne fut pas améliorée.

Pensant qu'un changement de milieu lui serait salulaire, on l'envoya en janvier 1936 chez son oncle, à 800 km. de là, pour y continuer ses études au lycée. Il accepta, car la ville où habitaient ses parents, qui est pourtant l'une des plus belles et des plus gaies de province, lui a toujours déplu, dit-il. Les monuments, les habitants et les mœurs ne lui conviennent pas. Il n'y est pas compris. Il quitta donc ses parents d'un cœur allègre, ce qui ne les surprit pas, car depuis longtemps il ne leur manifestait aucune affection, mais aussi ses camarades ligueurs à l'influence néfaste desquels on le croyait passionnément attaché.

Chez son oncle, il ne se trouva pas mieux. Il est aussi sévère que son père. La ville n'est pas plus intéressante ; les camarades pas plus compréhensifs ; les cours pas plus passionnants. Aussi, pensant que s'il accomplissait un grand coup politique, il s'assurerait un genre de vie pour lequel on n'a pas de baccalauréat à passer, il décida de faire ce dont il avait déjà parlé à divers parents ou amis. Quand il eut amassé une somme de 300 fr. par ses économies et en empruntant à des camarades, il partit pour Paris.

Sans trop de difficulté, à la fin de l'entrevue, il se laissa retenir à Henri-Rousselle, puis dans notre service où on lui fit un abcès de fixation à la térébenthine et au sérum radio-actif de Petit, thérapeutique qui eut pour effet de l'engraisser.

Il y passe, sans résistance, ses journées au lit, à lire le journal et



des romans, à converser avec ceux qui lui adressent la parole, à jouer aux cartes avec ceux qui le lui demandent, quelle que soit leur validité mentale, ou à ne rien faire du tout.

Il écrit à ses parents des lettres parfaitement correctes, pleines de repentir et de fermes propos qui leur font croire à sa guérison. Il ne fera plus de politique militante, il sera un fils modèle, mais veut se lancer dans l'agriculture. Aux infirmiers, il explique que les travaux des champs lui ont toujours plu, que ce sont les plus hygiéniques, les plus poétiques, les plus reposants. Cette dernière réflexion choque beaucoup ces braves gens qui le contredisent. Mais il riposte qu'il sait ce qu'il a vu en vacances. Tous les paysans vont à la pêche, soir et matin, pour se distraire d'avoir passé la journée à faucher. A la visite il salue gentiment les médecins, déclarant qu'il ne faut pas s'en faire, et sourit niaisement.

Jamais ce ligueur soi-disant passionné et qu'on laisse libre de sa correspondance n'a adressé la moindre lettre à un de ses co-affiliés, même pendant la période électorale actuelle.

Quand on lui parle de son avenir, il ne fait aucun effort pour se le représenter. Il avoue que vraisemblablement il ne se mariera pas, car les femmes ne lui disent rien. Il est vrai que jadis il a beaucoup aimé une fillette de 12 ans comme lui et qu'il se masturbait en pensant à elle. Mais ces goûts lui ont bien passé.

Les seuls signes physiques à retenir sont : une légère amyotrophie du membre inférieur gauche, séquelle de la poliomyélite, et une tension artérielle de 21 et 15 au Vaquez avec un pouls à 84.

*Au point de vue clinique*, trois diagnostics sont à discuter : la paranoïa, la bouffée délirante et l'hébéphrénie.

S'agit-il d'une paranoïa revendicatrice ? Le diagnostic a été porté par l'un des psychiatres qui l'examinèrent. Il voit dans cette proposition d'être l'homme de main d'une ligue, la manifestation d'un amour primordial de la liberté et de l'indépendance, la recherche vaniteuse de la gloire, et une preuve d'insociabilité.

Nous répondons carrément : non. Le sujet n'a ni orgueil, ni susceptibilité. Spontanément, il ne se plaint de personne et ne se croit pas supérieur aux autres. C'est lorsqu'on lui reproche d'être plus paresseux, d'avoir de moins bonnes places, qu'il se défend en disant qu'on ne le comprend pas, qu'il est capable de vivre autrement que les autres. Il supporte la promiscuité de l'asile avec un bon garçonisme surprenant, se laissant tutoyer par tous, répondant poliment aux plus gueux, jouant aux cartes avec n'importe qui. Aux infirmiers, il raconte, quand ils le lui demandent, les motifs de sa venue à Paris, mais sans l'ombre de vanité, ajoutant que, désormais, c'est la vie de paysan qu'il veut mener.

En réalité, son exaltation politique ne fut jamais que sa réaction aux efforts de son entourage pour le faire sortir de son autisme. Il s'escrimait à faire l'apologie de la propagande par le fait pour échapper à l'accusation de ne s'intéresser à rien.

S'agit-il d'une bouffée délirante pubérale ? Dans la pénétrante analyse qu'il a faite en ces dernières années de la psychologie de l'enfant, Vermeylen a donné le nom de déséquilibre psychosocial de l'adolescence à l'un des caractères les plus dangereux de la mentalité de cet âge. Les conflits avec la famille sont presque de règle chez le jeune homme qui, ainsi que l'a bien montré l'auteur, tend à se dégager des entraves qu'il n'avait pas choisies pour s'en donner d'autres qu'il croit choisir. Les mauvais exemples des camarades, l'influence d'adultes pervers, ou même la simple maladresse des parents les mieux intentionnés peuvent, en effet, amener les écarts de conduite les plus désastreux, écarts que le sujet déplorera amèrement, une fois doublé le cap périlleux de la puberté. Est-ce le cas ici ?

Incontestablement, le sujet est en pleine puberté. Certains des signes pour lesquels on lui sectionna les splanchniques (bouffées de chaleur, énervement, hypertension) sont fonctions de la poussée glandulaire physiologique. De même, l'esprit de contradiction, le goût de l'idéologie propre à l'adolescent, « moins raisonnable que l'enfant et plus raisonneur que lui », dit Mendouze, expliquent en partie ses conflits familiaux.

Mais les perturbations de la cénesthésie cérébrale et les discordances psychiques n'ont rien de physiologique. Ce garçon qui, alors qu'il n'avait que 12 ans, se masturbait en pensant à des fillettes, se dit blasé sur les jouissances sexuelles maintenant qu'il a 16 ans, avec la structure d'un garçon de 20 ans.

Non seulement il n'aime aucune femme, mais il n'a pas un seul ami, fait inconcevable pour un adolescent normal. « La sympathie, écrit Vermeylen, s'allume ainsi qu'une flamme nouvelle dont l'adolescent reste comme ébloui... Il aspire à trouver un confident, un ami auquel il puisse tout dire. » Cette aspiration devrait être d'autant plus forte chez lui, ligueur, qui se réclame d'un idéal commun.

C'est donc à l'hébéphrénie que l'on est obligé de conclure. Certes, l'état démentiel est loin d'être évident. Il parle, discute avec une correction qui en impose, use des clichés avec une opportunité qui dupe les profanes. Il fait dans ses lettres une auto-critique impressionnante de sa conduite passée.

Mais les défaillances de sa conduite actuelle à l'asile que nous avons signalées ne nous permettent pas, hélas ! un tel optimisme.

Nous nous trouvons en présence d'un de ces cas où l'affaiblissement intellectuel ne se manifeste avec une évidence incontestable que lorsque le sujet est livré à lui-même ; ce jeune homme a, suivant l'expression de l'un de nous (1), conservé la rhétorique ou art de bien dire, mais il a perdu l'art de bien faire. Le pronostic nous paraît donc très sombre. Pussions-nous, pour lui et pour les siens, nous tromper.

*Au point de vue étiologique*, nous nous contenterons de signaler l'existence d'épisodes infectieux divers, et notamment de la paralysie infantile aiguë, comme antécédents de ces troubles psychiques hébéphréniques. Rappelons que certains auteurs, notamment Marchand, Guiraud, Courtois, ont signalé les rapports de la démence précoce et de la poliomyélite aiguë (2).

*Au point de vue thérapeutique*, nous retiendrons la section des splanchniques gauches. Elle a été pratiquée conformément à l'enseignement du professeur Leriche, qui combat l'hypertension artérielle en diminuant la sécrétion d'adrénaline par l'innervation de la glande surrénale. L'opération amena la disparition définitive des crises de tachycardie, et une baisse de la tension qui, pendant quelques jours, resta à 15 et n'atteignit jamais plus le degré de 26. Elle fut donc salutaire à l'état physique du malade, mais sans effet sur son état mental.

La séance est levée à 11 h. 20.

*Le Secrétaire des séances,*

Paul CARRETTE.

(1) COURBON. — Les états psychopathiques latents et les séquestrations arbitraires. *Informateur des Aliénistes*, juin 1922. — Voir aussi : COURBON et BAUER. — Apparence d'autocritique par conservation de la rhétorique après 10 ans de démence. Soc. de Psychiatrie, févr. 1924, in *Journ. de Psychol.*, novembre 1924.

(2) Voir la bibliographie dans l'article de Marchand sur la démence précoce symptomatique d'encéphalite. *Ann. Méd.-Psych.*, févr. 1930.

---

Séance du lundi 25 mai 1936

---

**Présidence : M. VURPAS, président**  
**et M. René CHARPENTIER, vice-président**

---

M. René CHARPENTIER, *vice-président*, qui préside cette partie de la séance, adresse les félicitations de tous à M. le Professeur Ernest DE CRAENE, de Bruxelles, nommé *Chevalier de la Légion d'Honneur*, à M. le D<sup>r</sup> COLOMBANI, d'Oran, élu *membre correspondant de l'Académie de Médecine*,

et à M. le D<sup>r</sup> H. STECK nommé Professeur de Clinique psychiatrique à l'Université de Lausanne et Directeur de l'Asile de Céry-sur-Lausanne.

Le *Secrétaire général* est chargé de leur faire part des félicitations de la Société Médico-psychologique.

### Adoption du procès-verbal

Le procès-verbal de la séance du 27 avril 1936 est adopté.

### Correspondance

M. Paul COURBON, *secrétaire général*. — La correspondance manuscrite comprend :

une lettre de M. le D<sup>r</sup> MANS, qui remercie la Société de l'avoir élu *membre correspondant national* ;

une lettre de M. le D<sup>r</sup> Jean TUSQUES, médecin des Asiles publics d'aliénés, qui demande à faire partie de la Société au titre de *membre correspondant national* : la Société désigne une Commission composée de MM. H. CLAUDE, MARCHAND et COURBON, rapporteur, pour l'examen de cette candidature : le vote aura lieu à la séance du lundi 22 juin 1936.

### Célébration du III<sup>e</sup> Centenaire de l'Université Harvard

M. le Professeur Pierre JANET. — *Mes chers collègues*, excusez-moi si je prends un instant la parole pour vous demander une petite autorisation.

Au début de septembre prochain la grande Ecole américaine de Harvard à Boston va célébrer par de grandes fêtes son troisième centenaire. Le président de Harvard, le D<sup>r</sup> Conant, m'a fait l'honneur de m'inviter à ces fêtes, parce qu'il y a malheureusement bien longtemps, deux années, j'étais venu faire des cours à l'Ecole de Médecine de Harvard. A l'occasion de cette invitation l'Académie des Sciences morales m'a délégué pour la représenter à ces fêtes. Les principales Sociétés médicales américaines auront des réunions à cette occasion à Boston, en particulier, *l'American psychiatric association*, *l'American neurological association*, *la Society of New-York Hospital*, *l'American psycho-pathological association*, *l'Academy of arts and sciences* de Boston, et comme je suis membre de ces diverses Sociétés je devrai me rendre à leurs réunions.

Je voudrais pouvoir présenter à l'Ecole de Harvard et à ces diverses Sociétés en particulier à *l'Association psychiatrique américaine* qui correspond à notre Société, le salut, les félicitations et les vœux de la Société médico-psychologique française et je vous prie, si cela vous paraît convenable, de vouloir bien m'autoriser à vous représenter.

M. René CHARPENTIER, *vice-président*, s'associant à la proposition de M. le Professeur Pierre JANET, le remercie de bien vouloir représenter la Société Médico-Psychologique à ces différentes cérémonies et porter à nos collègues des Etats-Unis d'Amérique l'expression de l'estime des psychiatres français.

La proposition mise aux voix est adoptée à l'unanimité des membres présents.

#### Vœu concernant la protection des malades mentaux

Au nom d'une Commission composée de MM. CLAUDE, COURBON, GUIRAUD, HEUYER, MARCHAND, RAYNEAU et VURPAS, désignée par la Société dans sa séance du 12 mars 1936, M. HEUYER présente le vœu suivant à adresser aux Pouvoirs Publics :

*La Société Médico-psychologique attire l'attention des Pouvoirs Publics sur l'exploitation dont sont victimes de nombreux malades mentaux, de la part de charlatans, sorciers, spirites, magnétiseurs, radiesthésistes, etc., qui ajoutent à l'exercice illégal de la médecine des pratiques malhonnêtes et de véritables escroqueries. La Société demande que des mesures efficaces soient prises pour la protection des malades et la répression de cette forme de charlatanisme.*

Ce vœu est adopté à l'unanimité des votants.



## PRIX DE LA SOCIÉTÉ

## I. Prix Aubanel (3.000 francs)

## Rapport sur le mémoire présenté pour le prix Aubanel

M. CAPGRAS. — Messieurs, vous avez chargé une commission composée de MM. Mignot, Simon et Capgras, de nous présenter un rapport sur les travaux relatifs à la question proposée pour le prix Aubanel : « Existe-t-il des relations entre la psychose périodique et la démence précoce ? » Un seul mémoire a été déposé. L'auteur, le Dr Julien Rouart, ancien interne des asiles de la Seine, chef de clinique des maladies mentales, a déjà traité un sujet à peu près identique dans son intéressante thèse intitulée : *Psychose maniaque-dépressive et Folies discordantes*. L'analyse de cette thèse ayant été publiée récemment dans les *Annales médico-psychologiques*, je ne crois pas utile d'insister sur les qualités de cette nouvelle étude qui complète et précise la précédente. Il me suffira donc d'en reproduire les conclusions.

I. La structure même des états maniaques-dépressifs et des états schizophréniques, si elle est différente, ne constitue pas une opposition telle que ces états soient en tous points incompatibles.

Dans les états maniaques-dépressifs, la possibilité d'adaptation à la réalité, l'intérêt porté au monde extérieur se trouve conservé mais légèrement altéré, car il est soumis aux exigences immédiates des tendances instinctivo-affectives ou aux variations ludiques de l'activité du malade.

Dans les états schizophréniques, il est plus profondément altéré, mais persiste encore parfois dans la mesure où les capacités du malade le lui permettent et en dehors des irrptions de l'inconscient que le malade ne peut retenir.

Il y a donc, entre les deux, différence de degré d'altération et de dégradation des fonctions, mais pas incompatibilité comme tendrait à le soutenir la théorie constitutionnaliste, qui, sans le formuler, aboutit cependant à ce dilemme : prédestination maniaque-dépressive ou prédestination schizophrénique.

Conçus comme des réactions de la personnalité vis-à-vis d'un trouble d'origine extra-psychique, les états morbides observés sont donc fonction de la personnalité antérieure et des possibilités de réaction que laisse subsister le trouble, c'est-à-dire qu'ils

sont fonction de son intensité, de son évolution plus que de sa nature.

Ces tendances permettent d'admettre l'existence de formes intermédiaires entre les deux états ou participant plus ou moins de l'un ou de l'autre.

II. L'évolution n'est pas suffisamment spécifique pour qu'ici encore l'opposition soit absolue.

Des états appartenant à l'un ou à l'autre type peuvent s'observer au cours de l'évolution chez un même individu, soit par complication (processus secondaire surajouté à une psychose maniaque-dépressive) (Thèse de De Boucaud), soit par accentuation d'un processus n'ayant jusqu'alors donné lieu qu'à des manifestations légères et intermittentes.

On doit accorder une certaine autonomie à des formes intermittentes telles que la forme intermittente maniaque-dépressive catatonique, et telles que les schizophrénies légères intermittentes qui ne s'accroissent pas à chaque accès et empruntent le mode d'évolution de la psychose maniaque-dépressive.

III. L'étiologie actuellement connue de ces états ne permet pas de les opposer essentiellement. Il est vraisemblable cependant que des étiologies très différentes sont en cause ; mais il faut reconnaître que l'existence d'états maniaques ou mélancoliques au cours de l'évolution de la démence précoce ne permet pas de dire qu'il y ait spécificité. D'ailleurs, les conditions très différentes pouvant réaliser l'apparition de certains de ces états et la possibilité de leur apparition à titre purement réactionnel montrent bien le caractère non-spécifique de leur étiologie.

Les tares héréditaires ont la valeur de prédispositions générales plutôt que spécifiques. La similarité plus grande de l'hérédité dans les cas de psychose maniaque-dépressive tient peut-être à ce qu'il s'agit d'une tare transmise légère, prédisposant à des troubles variables mais légers.

La psychose maniaque-dépressive et la démence précoce ne nous apparaissent donc pas constituer deux voies absolument divergentes dans lesquelles la personnalité morbide doit, en choisissant l'une à l'exclusion de l'autre, s'engager. Elles ne sont pas, malgré leurs différences caractéristiques dans les cas typiques, exemptes de tous rapports dans leur structure, puisque des cas intermédiaires peuvent se présenter, ni dans leur évolution, ni probablement dans leur étiologie.

De telles considérations ont des conséquences d'ordre pronostique. Elles comportent des réserves en ce qui concerne l'opti-

misme habituel dans les cas de psychose maniaque-dépressive. Mais elles en comportent aussi en ce qui concerne le pessimisme habituel en face de tout ce qui présente la moindre allure schizophrénique. De toutes façons, nous croyons pouvoir énoncer que le pronostic est d'autant plus favorable que les types cliniques se rapprochent davantage du type pur de psychose maniaque-dépressive et que l'évolution est plus nettement intermittente avec des périodes intercalaires normales.

Vous l'avez remarqué, Messieurs, dans ce travail important qui s'appuie sur des observations soigneusement étudiées, l'auteur adopte d'une part la classification de Kræpelin, d'autre part les conceptions de Bleuler et Kretschmer. En conséquence, pour lui, psychose périodique devient synonyme de psychose maniaque-dépressive et démence précoce égale schizophrénie. Peut-être s'il avait tenté de serrer de plus près le sens des termes que vous aviez choisis pour poser la question, aurait-il affirmé plus catégoriquement qu'il n'y a aucun intérêt à trop élargir le cadre de certaines psychoses et que mieux vaut s'en tenir à des types cliniques bien définis, tout en reconnaissant l'existence de formes atypiques ou intermédiaires.

Ce mémoire n'en reste pas moins une œuvre de premier ordre.

Votre commission vous propose de lui donner le prix Aubanel.

## *II. Prix Moreau de Tours (200 francs)*

### **Rapport sur le mémoire présenté pour le prix Moreau de Tours**

M. DESRUELLES. — Messieurs, vous avez désigné, le 27 janvier, une commission, composée de MM. Laignel-Lavastine, A. Santenaise, et Desruelles, rapporteur, pour examiner le mémoire déposé pour le prix Moreau de Tours. Ce mémoire, intitulé « Le Travestissement » (essai de psychopathologie sexuelle), a pour auteur Mme le docteur Agnès Masson, médecin-directeur de l'asile public d'aliénés de Saint-Alban.

C'est un important travail de 141 pages, abondamment documenté et dont la bibliographie scientifique, médicale et historique comporte plus de cent vingt ouvrages, non compris les œuvres littéraires citées au cours du volume.

En Allemagne, Hirschfeld a publié de nombreux travaux sur cette déviation de l'instinct sexuel qu'il a appelée « le transvestitismus » et est assez voisine de l'homosexualité, du fété-

chisme et du narcissisme. Dans une étude, dont la traduction a été publiée lorsque le livre de Mme Masson était sous presse, Havelock Ellis a appelé cette inversion vestimentaire « Eonisme », par analogie avec le sadisme et le masochisme.

L'auteur du mémoire a préféré le terme de travestissement, et, pour justifier son choix, cite, dans son introduction, un passage de *Chantecler*, où Edmond Rostand, pour désigner la Faisane, emploie le mot « travesti », qui, au théâtre, a un sens précis.

Pour montrer que le travestissement sexuel est ancien et fréquent, Mme Masson l'étudie dans l'histoire, la littérature, le théâtre et l'ethnographie.

Dans l'histoire, Mme Masson nous cite les cas les plus connus d'hommes ou de femmes ayant revêtu les habits de l'autre sexe, et, en particulier, elle résume la vie de l'abbé de Choisy, dont Vinceneux a donné une excellente étude, la vie du chevalier d'Eon, de Savalette de Lange, du chevalier de Fréminville, de Mlle de Maupin, de Catalina de Erauso, de Mme de Benness, de George Sand, etc. L'auteur rappelle les romans connus : *l'Astrée*, *Faublas*, *Mlle de Maupin*, *Monsieur Vénus*, où le thème du travestissement est développé et dans une note signale les romans contemporains fort nombreux qui ont utilisé ce sujet.

Cette anomalie vestimentaire, qu'il ne faut pas confondre avec l'homosexualité, qu'elle soit coutume ou rite, est assez fréquente chez des peuples primitifs.

Puis l'auteur reproduit, en les résumant, cinquante-sept observations de travestis. Deux d'entre elles montrent qu'Esquirol avait observé cette anomalie chez des aliénés. De même, Marc en a donné une longue observation à propos d'une affaire d'annulation de testament. En 1877, Marandon de Montyel publia, dans les *Annales médico-psychologiques*, un mémoire sur la « Maladie des Scythes » atteints d'effémination vestimentaire et, dans la même revue, en 1909, L'Hospital, à propos d'un fait-divers, commenta avec humour cette perversion.

Après avoir résumé la plupart des observations connues et publiées par Hirschfeld, Krafft-Ebing, Moll, etc., Mme Masson donne les observations qu'elle a recueillies dans la littérature médicale française et qui sont dues à Magnan, à Paul Garnier, à Legludic, à Petit, à Laurent, à Lauppts et, récemment, à Claude et Vinceneux, à Dupouy, à Guiraud, à Godet, Cossa et Migault, à G. Petit.

Mais la plupart des auteurs, en publiant leurs observations, ne considéraient pas cette anomalie psychosexuelle comme un

syndrome clinique. Par ces nombreux exemples et les commentaires qui les accompagnent, et en recherchant les conditions sociales ou anatomiques (pseudo-hermaphrodisme, androgynie, gynandrie) qui ont pu amener l'individu au travestissement sexuel, Mme Masson montre que cette anomalie, bien que très voisine de l'homosexualité, du fétichisme et du narcissisme, peut s'en distinguer entièrement et constituer une entité clinique.

Un nouveau chapitre résume les théories nombreuses qui ont cherché à expliquer et à classer cette inversion psychique ou « *sexo-esthétique* » comme dit Havelock Ellis. Ces théories sont anatomiques, psychologiques, biologiques, psychanalytiques, endocrinologiques ou éclectiques. Puis, en se basant sur les observations qu'elle a résumées, Mme Masson décrit le caractère des travestis qu'elle suit dans l'évolution ou la réalisation de leurs tendances depuis l'enfance, dans leur « *effémination* ou *virilisation* » progressives et qui poussent parfois fort loin leur transformation vestimentaire.

Pour terminer, l'auteur note les conséquences médico-légales du travestissement et donne quelques indications thérapeutiques.

Ce mémoire est fort bien écrit, et, malgré l'abondance de sa documentation, d'une lecture facile et d'un intérêt soutenu. Cet essai de psychopathologie sexuelle est une synthèse et une mise au point, faites pour la première fois en France, d'un syndrome psychosexuel qui intéresse à la fois les psychiatres et les endocrinologistes, les médecins légistes, les criminologistes et les magistrats.

Notre collègue, le Professeur Laignel-Lavastine, a écrit dans l'élogieuse préface qu'il a donnée à ce volume publié dans la collection Hippocrate : « Le livre de Mme Masson ne vaut pas seulement par son pittoresque et son piquant : c'est un important travail critique et médical, où l'auteur, avec une double technique, bibliographique et clinique, a su trouver les matériaux nécessaires à l'édification d'un syndrome vestimentaire, le travestissement, qui mérite une place marquée dans la psychopathologie sexuelle. »

Nous rappelons que J. Moreau de Tours, en publiant sa « *Psychologie morbide* » en 1859, et Paul Moreau de Tours, en publiant « *les Aberrations du sens génésique* » en 1883, ont été parmi les premiers auteurs français qui se sont intéressés à la psychopathologie sexuelle.

Votre Commission vous propose d'attribuer le Prix Moreau de Tours à Mme le Docteur Agnès Masson.



## COMMUNICATIONS

**Rapport sur les Assistantes sociales psychiatriques,**  
par M. Jacques VIÉ.

Dans sa séance du 25 novembre 1935, la Société Médico-psychologique a nommé une Commission composée de MM. Th. SIMON, président ; de MM. BRISSOT, CEILLIER, H. CLAUDE, DEMAY, FRIBOURG-BLANC, HEUYER, RAVIART, MM. DUBLINEAU et VIÉ, adjoints, dans le but d'étudier l'organisation d'une assistance post-hospitalière pour les enfants et les adultes sortis des établissements d'assistance ou de traitement médico-pédagogiques, ainsi que l'augmentation du nombre des assistantes sociales chargées de ces services.

Nous avons l'honneur de présenter le résultat de nos travaux. Ce résultat demeure fragmentaire et incomplet en raison de la diversité des questions soulevées, de la diversité aussi des efforts déjà accomplis de divers côtés.

Notre rapport comportera trois points :

- 1) Quelles sont les catégories de sujets justiciables de l'activité d'assistantes sociales psychiatriques ?
- 2) Quelles sont les réalisations actuelles ?
- 3) Comment peut-on en concevoir l'extension aux diverses catégories de bénéficiaires dans toute l'étendue du pays ?

I. CATÉGORIES DE BÉNÉFICIAIRES. — Dès la discussion initiale à la Société, ainsi que lors des réunions de la Commission, on a signalé des catégories de sujets bien déterminées, qui sont justiciables de l'assistance sociale psychiatrique.

a) En premier lieu, les *enfants anormaux* rendus à leur famille, à la sortie des établissements médico-pédagogiques.

Il serait très désirable qu'un service social renseigne le médecin sur le milieu familial dans lequel vont se trouver ces enfants : la décision à prendre peut être, pour chaque cas particulier, bien mieux adaptée, et parfois tout à fait différente, lorsqu'on possède sur ce point des données exactes.

Dans la suite, ces enfants sont le plus souvent perdus de vue. Or, ils ont besoin d'être suivis, surveillés, soutenus, si l'on ne veut pas voir s'anéantir tous les résultats thérapeutiques acquis.

b) Les mêmes problèmes se posent avec encore plus d'acuité pour les *enfants délinquants*, qui d'ailleurs se retrouvent dans certains établissements médico-pédagogiques. (Montesson, Armentières, etc...).

Dans la Seine, l'œuvre privée du « Service social de l'enfance en danger moral » « fait l'étude sociale et psychologique des enfants et des jeunes gens déferés au Tribunal d'Enfants, cherche à trouver la cause des difficultés, familiales ou autres, et donne sa documentation aux magistrats. Il cherche également le remède qu'il y a lieu d'apporter à la situation et propose des solutions pratiques de réadaptation. Il aide le magistrat dans leur exécution ».

Les enquêtes de ces assistantes sociales fournissent au médecin expert des éléments de grande valeur.

M. Dublineau souhaiterait que les résultats en fussent communiqués aux médecins des Instituts médico-pédagogiques où sont placés ultérieurement ces enfants.

De plus, il faudrait organiser la surveillance médico-sociale des enfants qui, ayant passé par les Tribunaux, sont confiés à des Sociétés de patronage.

c) *A l'armée*. M. Fribourg-Blanc a attiré l'attention sur le groupe des *arriérés* et des *déséquilibrés* que leur famille fait engager : une fois au régiment, ces anormaux sont bientôt réformés. Il serait utile d'adjoindre au Conseil de réforme un organisme destiné à orienter ces sujets et éventuellement de créer un genre d'établissement approprié.

d) *Consultations psychiatriques, dispensaires d'hygiène mentale*. — Le rôle des assistantes sociales auprès des consultations de psychopathies frustes est de première importance. Les facteurs familiaux et sociaux occupent souvent une place prépondérante dans la genèse des défaillances temporaires de ces malades. La connaissance du milieu où ils évoluent permet seule de trouver la formule exacte rendant possible leur rééquilibration.

Pour Paris répondent à ce but l'Œuvre privée du Service social à l'Hôpital et les Assistantes sociales de l'Hôpital Henri-Rousselle.

e) *Les aliénés internés*. Il n'existe aucun service social auprès des Asiles, et c'est là une grosse lacune.

Lors de l'admission des malades, il serait utile de posséder des renseignements exacts sur le milieu dans lequel s'est développée la psychose.

Lors des permissions, les malades ne sont pas suivis, le médecin ignore ce qu'a été en réalité leur comportement pendant cette « sortie d'essais », dont la valeur expérimentale demeure ainsi bien imparfaite.

Pour la sortie définitive, elle devrait être précédée d'une enquête médico-sociale sur le milieu où elle va se produire. Actuellement et d'une façon toute particulière, lorsque le placement a eu lieu après une affaire de justice, les aliénés sortis des asiles ne sont l'objet d'aucun mode de protection ni de surveillance.

Le Patronage des Aliénés guéris, œuvre utile d'assistance transitoire et de placement, ne joue pas le rôle d'un service social après la sortie.

II. LES RÉALISATIONS ACTUELLES. — Deux des organisations actuellement existantes à Paris sont des œuvres privées : le Service social des Enfants en danger moral, pour les mineurs délinquants ; le Service social à l'Hôpital, pour les consultations hospitalières. Les infirmières visiteuses de ces œuvres, diplômées des diverses écoles de Paris, reçoivent une rétribution de 12 à 15.000 fr. par an.

Les infirmières visiteuses de l'Hôpital Henri-Rousselle appartiennent aux cadres de la Préfecture de la Seine.

Dans les écoles, la Ville de Paris a des infirmières scolaires.

Indiquons enfin, pour les aliénés placés d'office, le rôle joué par les agents de la brigade des aliénés de la Préfecture de Police. Leurs enquêtes à l'entrée des malades, et sur demande du médecin, avant la sortie, sont faites avec conscience, mais évidemment en dehors de toute préoccupation et de toute méthode médicales.

Pour élargir le champ de nos investigations, sans prétendre embrasser la totalité de tentatives multiples, souvent isolées, faites sans aucune publicité, nous avons pratiqué, auprès de quelques collègues des départements, une enquête dont nous résumerons les résultats. Remercions ici tous nos correspondants de l'empressement qu'ils ont mis à répondre et du vif intérêt suscité par la question.

Les deux tiers des réponses sont complètement négatives.

Plusieurs correspondants indiquent que les visiteuses d'hygiène sont amenées, au cours de leurs fonctions ordinaires, à s'occuper du placement des enfants anormaux.

D'autres nous signalent d'intéressantes initiatives locales dues à des collaborateurs bénévoles.

Voici les organismes constitués sur lesquels nous avons reçu des précisions :

*Bas-Rhin.* — La ville de Strasbourg utilise une assistante sociale attachée au dispensaire d'Hygiène Mentale. Deux autres sont déléguées auprès du Tribunal d'Enfants. Le dépistage des anormaux est fait dans les localités ayant une classe d'arriérés par une commission comprenant un médecin, dans les communes rurales par les visiteuses départementales. Les unes et les autres sortent de l'Ecole d'Infirmières de la Faculté de Strasbourg, avec stages spécialisés. Leur traitement va de 9.600 à 16.000 fr. (Arsimoles).

*Doubs.* — Aux consultations d'enfants anormaux du Doubs sont détachées deux infirmières du dispensaire municipal de Besançon, les frais sont partagés par la ville et le département. Leur action s'étendra prochainement à la surveillance des mineurs délinquants. Les infirmières sont diplômées de l'Ecole de Besançon (Desruelles).

*Gironde.* — A Bordeaux, la Fédération des Œuvres de l'Enfance (œuvre privée) a mis à la disposition de l'autorité judiciaire une visiteuse spécialisée pour les enquêtes relatives aux mineurs délinquants. Elle reçoit 750 fr. par mois. Il existe de plus un organisme annexé à la police municipale, pour l'enfance en danger moral (Quercy).

*Haute-Garonne.* — L'assistance aux enfants mentalement déficients et aux mineurs délinquants possède deux assistantes diplômées du Comité français d'assistance de l'enfance déficiente, et deux visiteuses qui font les enquêtes sociales. Toutes appartiennent à une œuvre privée, la « Protection toulousaine de l'enfance » (Ducoudray, communication au Congrès de Bruxelles, 1935).

*Isère.* — Depuis le 15 février 1936, la ville de Grenoble possède deux inspectrices morales de la police municipale. Ces deux « fonctionnaires » ont été formées à Paris, spécialement pour les fonctions qui leur sont dévolues. Elles dépendent à la fois du Commissaire central et du Directeur des services d'hygiène de la ville de Grenoble. Leur rôle est complexe ; elles ont à veiller sur l'enfance malheureuse et sur la fréquentation scolaire, aussi bien que sur la surveillance de la rue et des établissements publics, où la morale peut être mise en péril (Brissot).

*Loire-Inférieure.* — A Nantes, Corman a obtenu de l'administration des Hospices une assistante sociale, visiteuse diplômée de l'école de Nantes, pour le service de psychiatrie : elle s'occupe de toutes les questions concernant les aliénés internés, ainsi que de la consultation externe de psychiatrie de l'hôpital, que suivent un grand nombre d'enfants anormaux. Pour les mineurs délinquants se proposent actuellement des assistantes bénévoles (Corman).

*Meurthe-et-Moselle.* — La Section d'Hygiène Mentale de l'Office départemental d'Hygiène sociale dispose, pour ses consultations, de deux infirmières spécialisées sorties de l'école de Nancy ; leur statut est celui des Infirmières départementales d'hygiène (traitement de 10.800 à 16.500, indemnités comprises). De plus, les infirmières des

dispensaires du département prêtent leur concours ; elles ne sont pas spécialisées, mais elles connaissent bien la population et les médecins des régions où elles opèrent (Meignant).

*Nord.* — Les enquêtes relatives aux mineurs délinquants sont faites bénévolement, à titre de stage d'études, par les élèves de l'école d'infirmières-visiteuses de la Ligue antituberculeuse du Nord, ou de l'école de service social.

Le dépistage des anormaux dans les écoles privées de Lille est fait par une assistante bénévole (Dublineau).

*Oise.* — Une assistante de psychologie, diplômée par le Comité National de l'Enfance déficiente, et une assistante adjointe sont attachées aux consultations pour enfants anormaux. Elles dépendent d'une œuvre privée, le Comité départemental de l'Enfance déficiente, néanmoins rattachée à la Préfecture de l'Oise. Elles touchent l'une 10.850, l'autre 4.200 fr. (Lauzier).

*Rhône.* — A Lyon, pour les mineurs délinquants, une infirmière-visiteuse est attachée au service spécial dirigé par le Professeur Et. Martin.

A Villeurbanne, une infirmière-visiteuse diplômée d'Etat est attachée au dépistage des anormaux dans les écoles (Larrivé, Mestrallet).

*Seine-et-Marne.* — Les consultations d'Hygiène mentale, dépendant des Dispensaires d'Hygiène sociale, sont dotées d'une assistante de psychologie, diplômée du Comité National de l'Enfance déficiente, et rétribuée par l'Office départemental d'Hygiène (Beaudouin).

III. Nous n'avons rapporté ces détails qu'à titre d'exemples pour objectiver combien les problèmes ont été diversement posés et résolus suivant les régions. Il faudra tenir compte à la fois de cet état de fait et de l'expérience qu'elle apporte, pour préconiser dans nos conclusions une formule d'ensemble souple et efficace.

Les principaux desiderata exprimés notamment par M. le Professeur Claude et par M. Brissot ont été de munir les assistantes de *pouvoirs étendus*, leur permettant de suivre réellement les malades, de pénétrer dans les familles, les ateliers, etc., de les accréditer auprès des Tribunaux, de leur conférer en somme *l'investiture officielle*.

Nous devons, en effet, insister sur les obstacles que rencontrent trop souvent les investigations des assistantes sociales, qu'il s'agisse d'enfants anormaux, de la surveillance de la rue ou des taudis, du travail d'un enfant et surtout des sujets délinquants ou d'aliénés ayant quitté l'asile, des refus sont fréquemment opposés qui entravent l'action sociale et qu'il faudrait pouvoir lever.

Est-ce à dire qu'on doit demander pour elles de véritables pouvoirs de police, comme c'est le cas, paraît-il, en Angleterre ?



Cela paraît peu soutenable. Pour les maladies mentales comme pour les autres fléaux, il faut se placer résolument sur le terrain de l'hygiène, avec des moyens de persuasion plus que de contrainte, mais en donnant toutefois aux institutions nouvelles placées dans le cadre *des lois d'hygiène sociale*, des pouvoirs suffisants.

Quelle forme pourraient revêtir ces institutions ? On ne peut songer à fondre dans un organisme d'état les œuvres privées qui, notamment à Paris, exercent depuis des années, chacune dans son domaine, une action efficace. Ces œuvres, toutes disposées à accepter le *contrôle* avec sa contre-partie, les *crédits* officiels, tiennent à conserver le droit de recruter leur personnel et d'organiser leur travail. Elles se défendent à la fois de l'amateurisme et du fonctionnarisme. C'est là un fait qui ne peut être négligé.

Suivant les possibilités locales, qui offrent ici plus de riches initiatives privées, là plus de compréhension ou de possibilités budgétaires de la part des assemblées délibérantes, les assistantes psychiatriques seront fonctionnaires municipales ou départementales, ou relèveront d'associations privées.

Néanmoins, il apparaît désirable : 1° En ce qui concerne les assistantes sociales de psychiatrie, pour conférer au personnel une valeur plus uniforme et une autorité accrue, d'envisager un *diplôme spécial*, ou une mention spéciale du diplôme d'assistante sociale, en rapport avec des cours et stages spéciaux, conférant le titre d'assistante sociale psychiatrique.

2° En ce qui concerne *les œuvres*, d'assurer leur *coordination* avec les pouvoirs publics, de façon à éviter par exemple que ces œuvres ne disparaissent lorsque, pour des raisons financières, elles cessent de pouvoir subvenir à leur but. On pourrait s'inspirer des conventions qui unissent la Société de Secours aux Blessés Militaires et la Direction du Service de Santé, et qui font l'objet d'une instruction ministérielle. Il y aurait lieu d'étudier dans ce sens les termes d'une convention-type.

Remarquons enfin qu'une organisation univoque ne peut s'appliquer, d'une part aux différentes catégories de bénéficiaires envisagés au début de ce rapport, d'autre part aux diverses localités.

Il faut d'emblée mettre à part le *Service social* des asiles entièrement à créer. A chaque établissement seraient attachées des assistantes relevant de l'administration de l'asile.

Pour les autres catégories, la situation diffère pour Paris, pour les grands centres, pour les départements à peuplement moins exclusivement urbain.

1) A Paris, des fondations spéciales existent pour les consultations psychiatriques, pour le dépistage des anormaux et peuvent être développées pour les mineurs délinquants. Il existe, d'autre part, deux assistantes sociales affectées à la Préfecture de Police. Leur nombre doit être porté à 30. Sans doute, une liaison pourrait-elle s'établir avec elles en ce qui concerne les aliénés, soit avant leur placement, soit après leur sortie.

2) Dans les grands centres, on peut concevoir un certain nombre d'assistantes s'occupant parallèlement des anormaux, des mineurs délinquants, de la consultations psychiatrique. On pourrait également avoir recours à elles pour les anormaux réformés de l'armée.

3) Pour les autres départements, deux de nos collègues préconisent une organisation dans le cadre régional : ils se basent sans doute sur le manque d'initiative de leurs assemblées locales, mais, à l'heure actuelle, le cadre régional, au point de vue administratif et budgétaire, demeure inexistant. Avec l'un de nos correspondants, Inspecteur d'hygiène, nous envisagerions plutôt une formation départementale en rapport avec les offices sociaux départementaux. C'est au personnel local, fourni par l'administration ou par des œuvres privées en contact avec elle, que nous souhaiterions de voir donner des notions succinctes de psychiatrie pratique pour réaliser les infirmières polyvalentes (Dublneau), assistantes psychiatriques en même temps que visiteuses d'hygiène générale. Connaissant bien les personnes et les habitudes locales, ces infirmières rendraient de bien plus grands services que des assistantes régionales, obligées à de coûteux déplacements. Il ne s'agirait pas par ailleurs de créer une nouvelle série de fonctionnaires, mais de développer seulement — ce qui en fait existe déjà — leurs attributions respectives.

CONCLUSIONS. — I. Les essais pratiqués à Paris et en Province démontrent l'utilité de développer l'institution d'assistantes sociales psychiatriques, en particulier :

1) Auprès des *asiles* : services sociaux des asiles entièrement à créer.

2) Auprès des *consultations* et dispensaires *psychiatriques*.

3) Auprès des *écoles*, pour dépister les anormaux.

4) Auprès des *tribunaux d'enfants*, pour les enquêtes et la surveillance ultérieure des mineurs délinquants.

5) Auprès des *conseils de réforme*, pour l'orientation des anormaux renvoyés dans leurs foyers.

II. Les assistantes sociales psychiatriques doivent avoir *l'investiture officielle* et trouver place dans le cadre *des lois d'hygiène sociale*, qu'elles appartiennent à des institutions publiques (nationales, départementales, communales), ou à des œuvres privées. Ces dernières devraient être liées à l'administration par des conventions, telles que celles qui lient la S.S.B.M. à la Direction du Service de santé militaire.

Les assistantes sociales de psychiatrie devraient être pourvues, outre le *diplôme d'état d'assistante sociale*, d'une *mention psychiatrique spéciale* répondant à des stages appropriés.

III. Mais, surtout, il nous apparaît nécessaire que ces assistantes sociales reçoivent des autorités administratives et judiciaires *des pouvoirs spéciaux de réquisition*, pouvoirs analogues à ceux des assistantes sociales rattachées aux tribunaux d'enfants et dont elles pourraient user en cas de difficultés au cours de leurs enquêtes.

M. PORC'HER. — J'admire le travail de la commission et je ne voudrais pas ralentir le zèle de ses membres, mais je ne partage pas leur optimisme. Pratiquement, toutes les données d'enquêtes recueillies par les assistantes sociales, toutes leurs démarches ne serviront à rien, car aucun organisme n'est créé pour recevoir l'aliéné à sa sortie de l'asile et suppléer à la défaillance de sa famille pour le réadapter à la société.

M. HAMEL. — Je ne suis pas de l'avis de M. Porc'her. S'il est vrai que l'absence de Patronages soit déplorable, et qu'il reste presque tout à créer pour la réadaptation des psychopathes convalescents, il n'en est pas moins vrai que l'assistante sociale peut dès maintenant être très utile. L'exemple de l'initiative privée en Amérique, où des étudiants s'embauchèrent pour venir en aide aux familles de chômeurs, pourrait être suivi et appliqué à nos malades. Je crois que l'Assistance régionale et non départementale devrait être poursuivie, surtout dans les régions à départements pauvres. C'est ce qu'a commencé à faire notre collègue Desruelles pour les deux départements du Jura et du Doubs. Aussi faut-il se féliciter que dans le projet de réforme du règlement de 1857, la fonction de l'assistante sociale ait été prévue.

M. G. DEMAY. — Moi aussi je désapprouve le scepticisme de notre collègue Porc'her qui ne s'appuie sur aucun fait. Partout où existent des assistantes sociales, leur activité est efficace. Il y en a une à Maison-Blanche qui nous est précieuse. Chaque

service médical devrait en posséder une. L'utilité de l'assistante sociale ne sera complète que le jour où seront créés les dispensaires.

M. DESRUELLES. — Ne serait-ce que pour éclairer le médecin sur les conditions du milieu où sera placé le convalescent à sa sortie, le rôle de l'assistance sociale est très important. Grâce à la connaissance qu'elle nous apporte de ces conditions, elle nous permet de diminuer de beaucoup le séjour du convalescent à l'asile, et soulage d'autant la charge d'assistance.

En province, on fait comme l'on peut, vu les faibles ressources. J'essaie actuellement de créer dans le Doubs une consultation d'hygiène mentale avec une infirmière dont le rôle serait à la fois d'assister à la consultation et d'assister les malades sortis de l'asile. Elle serait rétribuée en partie par le Patronage à créer et par l'Office d'Hygiène sociale.

Je ne pense pas que l'on doive exiger la spécialisation en psychiatrie de l'assistante sociale. Le personnel en fait n'existe pas. Il est à former. Et les assistantes se spécialiseraient peu à peu dans le service qui les emploierait. Le stage dans un service psychiatrique serait obligatoire.

M. BRISSOT. — L'organisation de la ville de Grenoble pourrait servir de modèle. L'assistance sociale y jouit de pouvoirs étendus qui équivalent à ceux des agents de police.

M. HEUYER. — Dans certains hôpitaux et à Paris, notamment dans le service de notre collègue Crouzon à la Salpêtrière, le rôle de l'assistance sociale est bien défini et s'exerce journellement pour le plus grand bien des malades et des médecins.

M. POROT. — Je puis apporter une contribution intéressante à l'organisation du Service Social dans les Services de Psychiatrie par l'exemple de ce que nous avons fait en Algérie, parallèlement à la création de nos services hospitaliers de première ligne.

Grâce à l'*Office Algérien d'Hygiène et de Médecine Préventive* qui a bien voulu les doter, des *Dispensaires d'Hygiène mentale* sont rattachés à nos services. Celui d'Alger fonctionne depuis deux ans. A Oran et Constantine, leur ouverture est imminente. Une *infirmière sociale*, rétribuée par l'Office, intégrée dans l'organisation générale du *Service Social à l'Hôpital*, est attachée à mon service.

La Médecine Mentale est, au premier chef, une médecine sociale. Elle l'est dans ses origines immédiates ou lointaines,

individuelles ou collectives. Elle l'est dans ses conséquences par les répercussions que les désordres mentaux entraînent, de suite ou à longue échéance, dans le milieu familial ou le groupement social de l'individu frappé. Chaque cas particulier nécessite une enquête minutieuse et élargie sur les circonstances étiologiques de la maladie ; et il faut presque toujours chercher la vérité dans des dépositions contradictoires ou intéressées, réduire la part de calcul malveillant ou de pudeur mal comprise, qui pousse, selon les cas, l'entourage à grossir ou à diminuer l'importance des réactions. On peut dire que, contrairement à la Médecine ou à la Chirurgie courante, dans lesquelles l'observation directe, objective, fournit presque tous les éléments du diagnostic, en Psychiatrie, c'est l'étude indirecte du comportement du sujet vis-à-vis d'autrui, qui, seule, apporte les renseignements nécessaires. Or, tous ces renseignements, le sujet lui-même est trop souvent hors d'état de les donner ; les premiers témoignages recueillis, suivant les cas, de procès-verbaux de police, plus ou moins standardisés, ou de parents qui ne réalisent pas la situation exacte, demandent presque toujours à être complétés par des investigations minutieuses et impartiales.

Ajouterai-je aussi que l'isolement s'imposant pour la plupart de ces malades, le rôle de l'infirmière sociale comme agent de liaison est considérablement plus important, dans un service de cette nature, que dans tout autre service ordinaire.

Enfin, plus qu'ailleurs, la reprise du contact avec le milieu, des possibilités de sortie et de surveillance ultérieure créent une tâche importante à l'infirmière sociale.

Le travail y est tellement important que j'ai dû demander, il y a quelques mois, une seconde assistante.

En 1934, notre dispensaire avait donné 87 consultations. En 1935, ce chiffre s'est élevé à 267.

Mais la tâche de ce Service Social ne se borne pas aux enquêtes, à l'établissement des dossiers de ces 267 consultants. Notre infirmière a encore à fournir tout le travail d'enquête et d'informations nécessaire pour les 434 malades entrés dans le service. C'est l'infirmière sociale qui retient les familles au moment de l'admission pour tâcher d'en recueillir le minimum de renseignements nécessaires ; c'est elle qui, par la suite, poursuit à domicile ou par correspondance les compléments d'informations utiles.

Ce service est apprécié comme il le mérite, et il arrive maintenant que l'Administration Préfectorale, saisie de plaintes, de réclamations ou de lettres étranges, nous envoie des dossiers à étudier et des enquêtes à faire pour la suite à donner.



**Les services hospitaliers de psychiatrie dans l'Afrique du Nord  
(Algérie et Tunisie), par M. A. POROT.**

Il peut paraître inopportun de parler encore des « Services de Psychiatrie » dans les Hôpitaux généraux. Vous me permettez cependant d'y revenir et je vous en offre deux excuses. La première est que je possède sur la question une expérience personnelle vieille de 25 ans déjà ; je crois avoir été, en effet, un des premiers à ouvrir, en 1911, un de ces services complets dans un Hôpital français, celui de Tunis. La seconde, c'est que le débat n'a concerné jusqu'ici que la région parisienne où l'on se trouve, qu'on en convienne ou non, gêné par des organisations et des formules préexistantes qui risquent parfois de masquer un peu l'horizon et, par les traditions qu'elles ont établies, n'assurent peut-être pas à l'esprit toute l'impartialité et toute la sérénité de jugement désirables.

On peut cependant et l'on doit se placer à un point de vue qui donne, je crois, toute garantie. Il faut faire abstraction pour un instant de tout ce qui existe et se dire ceci : si nous avions à créer de toutes pièces une assistance mentale, comment la concevriions-nous ? Ou, si vous aimez mieux, quel est l'idéal en pareille matière ? Les directives se dégagent alors aisément. Elles commandent les plans d'ensemble dans les pays où une organisation neuve est à réaliser ; elles fournissent, ailleurs, des suggestions pour adapter ce qui existe déjà à ce qui devrait être.

A cet égard, il n'est pas douteux — puisque tout le monde est d'accord pour intégrer la pathologie mentale dans le plan de la pathologie générale — que *l'Assistance mentale, comme toutes les autres assistances, doit se faire en profondeur, sur deux lignes qui doivent être articulées entre elles*. La psychiatrie a ses urgences, ses cas aigus et rapidement curables auxquels la conception purement hospitalière doit s'appliquer. Elle a ses formes traînantes, ses cas chroniques et incurables qui sont justifiables d'une assistance dans une seconde zone.

*Première ligne.* — Il y a tout intérêt à ce que soient recueillis au plus tôt, et dans les conditions de simplification les plus grandes, les urgences psychiatriques, les formes légères, les cas aigus et les phases initiales, si souvent aiguës, des psychoses à plus longue durée. Or, cette première ligne d'assistance ne peut être réalisée nulle part mieux que dans un Hôpital général, chaque fois que la chose est possible. Elle bénéficie d'un cadre général facilement adaptable, d'une réserve de personnel soignant pos-

sédant une instruction générale à laquelle il sera facile d'ajouter un complément technique un peu spécial. Elle pourra y recueillir les psychoses accidentelles survenues dans d'autres services à l'occasion d'une affection médicale, chirurgicale ou obstétricale, qui sont une quantité non négligeable de ces psychoses aiguës. Les malades y profiteront de toutes les ressources de laboratoire, de radiographie, des secours chirurgicaux ou des examens de spécialistes si souvent nécessaires à cette période aiguë de la maladie mentale. Tout cela ne me paraît guère discutable.

2<sup>e</sup> ligne. — Puis, en arrière, la seconde ligne d'Assistance, représentée par de grandes formations sanitaires dans la formule Asile ou Colonie spéciale, absorbera tout ce qui semblera nécessiter des soins plus prolongés ou les cas à évolution chronique.

Elle sera, par rapport au Service hospitalier de première ligne, ce que les établissements de convalescence, les hospices de chroniques et d'incurables sont à l'hôpital d'aigus.

Cette formule, si logique, n'est que l'application au domaine particulier de la pathologie mentale, du plan général qui régit la répartition de tous les malades dont l'Assistance doit s'occuper.

C'est elle qui vient naturellement à l'esprit et s'impose là où, partant de la table rase, il faut créer tout un équipement psychiatrique.

Qu'on me permette ici, à titre d'exemple, une relation succincte de ce que, depuis 25 ans, je me suis appliqué à réaliser dans l'Afrique du Nord.

\*\*

*L'expérience tunisienne.* — L'expérience tunisienne se présentait dans des conditions bien spéciales. Là, il n'y avait rien, que quelques cellules de secours à l'Hôpital civil français de Tunis où j'arrivai comme médecin en 1907. Pas d'Asile. Pas même de statut des aliénés, puisque dans ce pays, placé sous la souveraineté du Bey, la loi de 1838 n'était pas promulguée. J'eus la bonne fortune de pouvoir faire construire et d'ouvrir en 1911, dans l'intérieur même de l'Hôpital, un Pavillon de 25 lits qui fut inauguré, en 1912, à l'occasion du Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes, et dont les aménagements spéciaux ont donné, à l'usage, toute satisfaction.

Ce service a été confié, pendant la guerre, à mes collègues Lemanski et Plancke. En 1921, il échut à un médecin de l'Hôpital Français, le Docteur Gérard, qui continua ma première entreprise. La création d'un petit Asile à la Manouba, sous la direction

du D<sup>r</sup> Perrussel, réalisa la 2<sup>e</sup> ligne d'Assistance que j'avais indiquée comme complément nécessaire déjà avant 1914.

J'avais eu l'occasion, dans un Rapport à l'Administration, en 1915, de montrer, par des statistiques, les premiers services rendus. Je dois à l'obligeance du Docteur Gérard des chiffres complémentaires (1) qui nous permettent de mesurer l'activité de ce Pavillon hospitalier de 1911 à 1925.

— Entrées totales = 994.

|  |                    |
|--|--------------------|
| — Sorties par internement .....            | 197, soit 19,8 % ; |
| Sorties par guérison ou amélioration ..... | 483, soit 48,6 % ; |
| Etats stationnaires .....                  | 226, soit 22,7 % ; |
| Décès .....                                | 88, soit 8,8 %.    |

On peut donc dire que *4/5 des malades ont échappé à l'internement.*

Nous avons toujours lutté, le D<sup>r</sup> Gérard et moi, pour que ce Pavillon gardât son caractère de section d'Hôpital Général. C'est à quoi tendait sa réglementation. Les formalités d'entrées étaient réduites au minimum : demande écrite de mise en observation signée d'un membre de la famille, ordre de mise en observation d'office du Secrétaire général du Gouvernement tunisien, s'il s'agissait d'un malade amené par voie administrative.

Ainsi conçu, ce service a rempli pleinement son rôle actif de prophylaxie et de traitement. Il comptait 24 lits à sa création ; en 1917, il a été porté à 32.

*L'expérience algérienne.* — Vous connaissez la situation pénible des aliénés en Algérie, situation souvent dénoncée, jamais corrigée jusqu'à ces dernières années. Ce vaste pays, de près de 6 millions d'habitants, n'offrait, comme secours immédiat, qu'une soixantaine de cellules réparties dans les hôpitaux des villes importantes, en attendant l'évacuation des malades sur les asiles de la métropole qui voulaient bien les recevoir ; le nombre de ces internés d'outre-mer s'était élevé à 1.500. La porte ayant été définitivement fermée, il a bien fallu que l'Algérie réalisât les projets qui sommeillaient dans les cartons en les rajeunissant et en les adaptant aux données nouvelles de la Science et de l'Assistance.

Forte des conclusions de la Commission de 1924, présidée par le doyen J. Lépine, elle a résolument adopté cette Assistance en deux échelons. Une instruction du Gouverneur général Carde,

(1) Voir l'article et les documents du D<sup>r</sup> Gérard in *Revue Tunisienne des Sciences Médicales et Tunis Médical* réunis, sept.-oct. 1926.

en date du 10 août 1934, a affirmé nettement ce principe du dédoublement, en instituant : 1° des services psychiatriques de première ligne dans les hôpitaux principaux de chefs-lieux de département, Alger, Oran et Constantine, services ouverts pour les psychoses aiguës et les cas en observation ; 2° un hôpital psychiatrique spécialisé à Blida, établissement fermé, recevant, dans les conditions prévues par la loi de 1838, tous les malades aliénés justiciables de l'internement.

Ces services comportent :

A Alger, 27 lits en plus des 16 cellules anciennes qui ont été absorbées et améliorées. Le service, nouvelle formule, a commencé à fonctionner le 1<sup>er</sup> novembre 1934. Il fonctionne aussi comme Clinique universitaire.

A Oran, on a construit un Pavillon nouveau qui comporte 55 lits et a été ouvert en 1933. Il est sous la direction du Docteur Livet.

A Constantine, on a pu établir 50 lits en petites salles de 4 à 6 malades ou en chambres d'isolement et on a gardé la disposition des 12 cellules anciennes. Le service est ouvert depuis octobre 1935 et confié au Docteur Ramée.

Malgré l'engorgement transitoire de ces services, dû au retard dans la terminaison des Pavillons de Blida, quelques résultats se dégagent déjà qui méritent d'être retenus et soulignés.

1° En premier lieu, c'est *l'augmentation considérable des entrées*, comme on peut en juger par le tableau suivant :

|            | Alger | Oran |
|------------|-------|------|
|            | —     | —    |
| 1933 ..... | 203   | 155  |
| 1934 ..... | 244   | 230  |
| 1935 ..... | 434   | 360  |

Soit, entre les années 1934 et 1935, une augmentation de 81 % pour Alger et de 56 % pour Oran, ce qui montre la quantité de malades mentaux qui ne recevaient pas de soins en Algérie, faute d'organisations appropriées.

En outre, toute la catégorie des psychoses légères, dite parfois des « petits mentaux », restait sans soin et sans secours hospitalier. Encore est-il que, du fait de l'engorgement signalé plus haut, beaucoup de ces derniers n'ont pu être admis.

2° Une constatation non moins intéressante est la *transformation progressive et heureuse du régime administratif de placement*.

Je dois rappeler ici qu'on ne connaissait, en Algérie, que le placement d'office et que *tous* les malades entraient avec un dossier administratif et un arrêté préfectoral. Sous l'ancien régime, leur situation hospitalière répondait à celle de « l'aliéné de passage ».

Nous avons donc commencé, dès l'ouverture des nouveaux services, à recevoir des malades par entrée simple, comme toute entrée d'hôpital ordinaire. Et voici la proportion de ces deux modes d'admission pour 1935 :

|       |   |                                 |     |
|-------|---|---------------------------------|-----|
| ALGER | } | Placements administratifs ..... | 174 |
|       |   | Service ouvert .....            | 260 |
| ORAN  | } | Placements administratifs ..... | 179 |
|       |   | Service ouvert .....            | 181 |

On peut dire d'abord que la création du service ouvert, outre qu'elle a entraîné l'hospitalisation de toute catégorie nouvelle de malades, a permis de faire bénéficier d'un régime plus libéral des malades qui, autrefois, ne pouvaient entrer que par internement. Alors, en effet, que le nombre total des entrées augmentait de 81 %, le nombre des placements administratifs diminuait de 25 % : il n'était, en 1935, que de 174 contre 232 en 1934.

Mais voici le fait nouveau et le plus important : c'est que ces services — contrairement à l'orthodoxie administrative — sont *mixtes* et *bivalents*. Nous recevons dans un service commun :

1° des malades objet d'une mesure d'internement qui viennent pour observation et sont considérés comme « en passage », passage que les difficultés d'évacuation prolongent parfois anormalement ;

2° des malades libres qui séjournent autant que leur état le nécessite.

Il arrive — comme corollaire — que des malades « placés » et dont la guérison se produit assez vite, quittent le service sans avoir été évacués sur un établissement asilaire et que des malades « libres », une fois reconnu le caractère dangereux de leurs réactions ou leurs tendances protestataires, font l'objet d'une demande d'internement dont nous saisissons la Préfecture. A titre documentaire, voici pour le service d'Alger, en 1935, les évolutions et les changements de régime qui se sont produits. Sur 174 placements administratifs, 122 seulement ont fait l'objet d'un internement définitif après observation, soit 70 %. Par contre, sur 260 entrées libres, 47 ont fait l'objet d'une demande d'internement, soit 18 %.



Nous avons senti toute la délicatesse de cette situation au regard de la loi de 1838. Aussi avons-nous tenu à la régulariser et à donner un *règlement* à ces services. A ce règlement ont collaboré les représentants de l'Administration, les médecins qualifiés et un représentant du Parquet Général. Il a été promulgué sous forme d'Instruction signée du Gouverneur Général en date du 10 août 1934. J'en reproduis ici les articles concernant les admissions et les sorties.

ARTICLE 5. — Ce service reçoit tous les malades atteints de troubles psychiques ou psychonévrosiques.

Pour les malades présentant des troubles légers et inoffensifs, l'admission est soumise aux règlements d'administration générale de l'hôpital et se fait dans les mêmes conditions que pour les autres services, à la demande du malade ou de sa famille.

ARTICLE 6. — Ce service reçoit aussi les malades qui, dans un autre service de l'hôpital, présenteraient accidentellement des troubles mentaux.

Ce transfert se fera par une simple mutation de salle ordinaire, mais à la condition que le médecin du service de psychiatrie ait été appelé au préalable à donner son avis.

ARTICLE 7. — Dans certains cas, lorsqu'il s'agit d'un sujet troublant manifestement l'ordre public ou menaçant la sécurité des personnes, l'admission peut se faire par voie administrative, selon la formule de placement d'office (art. 18 de la loi de 1838), sur le vu d'un dossier constitué par :

- a) un arrêté préfectoral de placement ;
- b) un certificat médical n'ayant pas 15 jours de date ;
- c) des pièces d'identité.

ARTICLE 8. — Mais, en cas d'urgence ou de danger imminent, à la demande du malade ou de la famille ou des autorités, conformément à l'article 19 de la loi de 1838, ce service reçoit le malade sur un simple arrêté du Maire de la commune ou de l'Administrateur de la commune mixte, ou sur avis du Commissaire de police des grandes villes, étant entendu que les autorités en cause en référeront immédiatement au Préfet.

Dans un délai maximum de 15 jours, le médecin du service de psychiatrie doit faire parvenir à l'Administration préfectorale son avis sur la nécessité ou non d'une procédure d'internement, ou d'une prolongation d'observation, s'il le juge nécessaire.

ARTICLE 9. — Dans toutes les circonstances prévues par la loi, le Procureur de la République aura la faculté de visiter les malades en traitement dans ce service.

ARTICLE 10. — Toute sortie doit être soumise à l'avis préalable du médecin.

ARTICLE 11. — La sortie a lieu dans les conditions ordinaires de l'hôpital général, si l'admission s'est faite librement et si le médecin estime qu'il n'y a aucun danger.

Mais il pourra toujours être exigé une décharge de la famille, si le médecin le juge utile.

ARTICLE 12. — Si même le médecin traitant estime que la sortie demandée par le malade ou sa famille est périlleuse et peut compromettre l'ordre public ou la sécurité des personnes, il en référera immédiatement au Préfet et il sera sursis provisoirement à la sortie jusqu'à ce qu'un ordre spécial de maintien et de placement d'office intervienne.

Pareille mesure pourra être demandée à tout moment au cours de l'hospitalisation, si le médecin l'estime nécessaire.

ARTICLE 13. — Si le médecin traitant estime que, pendant la période d'observation des malades placés par autorité administrative, la maladie a perdu son caractère d'acuité et de danger, il pourra signer la sortie du malade ; avis en sera transmis aux autorités.

ARTICLE 14. — Lorsqu'un malade, admis dans les conditions prévues par les art. 7 et 8, et sorti depuis moins de 15 jours, présente à nouveau des troubles rendant nécessaire son retour au service de psychiatrie, il sera réintégré sans nouvel arrêté.

ARTICLE 15. — Lorsque la maladie mentale, par sa durée ou son caractère dangereux, nécessitera l'internement, le malade sera évacué, par la procédure ordinaire, sur un établissement d'internement : hôpital psychiatrique, asile, établissement privé fermé (deuxième ligne d'assistance).

J'ajoute que pour tous les malades entrés par placement administratif, un registre spécial rappelant le classique « Registre de la Loi » est soigneusement tenu à jour.

Une seule fois, une plainte au Garde des Sceaux s'étant produite de la part d'un dipsomane placé à la suite de scènes de violence a motivé une enquête du Parquet ; cette enquête a tourné à la confusion des plaignants et le Rapport du Parquet, longuement et dûment motivé, a confirmé la régularité de la procédure et fixé en quelque sorte la jurisprudence.

Quant aux locaux, ils se composent de deux sections : une salle commune avec quelques chambres, d'une part ; une section d'isolement composée des anciennes cellules rajeunies, mais en liaison par un couloir de service avec la salle commune.

Le quartier cellulaire, autrefois seul existant et réservé aux malades placés administrativement, a encore une majorité d'internés ; mais nous n'hésitons pas à y mettre, à l'occasion, des malades « libres », temporairement agités, de même que nous

n'avons aucun scrupule à placer en salle commune au milieu des malades « libres » des internés tranquilles ou en voie de guérison. L'étiquette et la catégorisation ne jouent pas sur les *locaux*, mais sur les *individus*.

3° Voici maintenant quelques *données statistiques* :

La *mortalité* générale est tombée à Alger comme à Oran, pour les années 1934 et 1935, entre 4 et 5 %, alors qu'elle était de 8 à 10 % sous l'ancien régime cellulaire de passage.

En ce qui concerne la *durée de séjour*, voici les chiffres du service d'Alger pour l'année 1935 :

68 % des malades sont restés moins d'un mois ;

27 % de 1 à 3 mois et 5 % seulement plus de 3 mois ;

ce qui est intéressant tout de même, étant donné que ce service assure le traitement pyréthérapique des paralytiques généraux.

Quant aux *modes de sorties*, voici la répartition :

|   |                  |
|---|------------------|
| Décès .....                                     | 21, soit 4,9 %   |
| Evacuations sur d'autres services hospitaliers  | 16, soit 3,8 %   |
| Evacuations sur des services d'incurables...    | 28, soit 6,6 %   |
| Internements .....                              | 167, soit 39,5 % |
| Guérisons et améliorations sociales suffisantes | 190, soit 45 %   |

---

Total des sorties ..... 422

Je ne veux pas terminer cet exposé sans dire un mot du « *Service Social* » prévu pour chacun de ces services hospitaliers de première ligne. J'ai vu avec satisfaction que la question avait retenu l'attention de votre Société.

Je ne saurais trop en souligner l'importance et les services rendus. Intimement unie au service d'observation et de traitement, et au Dispensaire, le *Service Social* amplifie singulièrement la portée de ces services hospitaliers de première ligne.

\*\*

Quelles conclusions tirer de cet exposé ?

A. — Les unes sont d'*intérêt local* et je ne m'y appesantirai pas. La création de ces services hospitaliers, que je suis heureux d'avoir pu faire réaliser en Afrique du Nord, s'est révélée comme un moyen heureux et efficace d'amortir la crise de l'Assistance mentale. En Tunisie, elle a paré au plus pressé et permis d'attendre pendant plusieurs années l'aménagement d'un petit asile. En Algérie, elle a été réalisée délibérément et parallè-

lement à la construction d'un grand asile dans un plan d'ensemble où chacune des deux lignes trouve sa place et ses indications.

N'étant pas handicapés par des formules et des traditions anciennes, nous avons pu d'emblée présenter à l'Administration et lui faire réaliser des projets en conformité avec les conceptions modernes de l'assistance et les données scientifiques qui doivent s'étendre à la pathologie mentale.

Avant un an, nous pensons avoir terminé notre équipement d'Assistance mentale et le voir réalisé en profondeur avec des organismes bien articulés entre eux, comme il se doit à l'heure actuelle.

Il y a là, pensons-nous, une leçon de choses qu'il peut être déjà utile de consulter et qui, sur le plan d'ensemble, comme dans certains détails de fonctionnement ou de réglementation, justifie l'opportunité et la nécessité d'assouplir, en les modernisant, les anciennes formules.

*B. — D'un point de vue plus général, je me permets de revenir sur des principes qui ont fait leurs preuves. Logiques dans leur conception, ils se sont avérés, dans la pratique, grandement utiles et parfaitement viables.*

Je n'aurai pas, certes, la prétention indiscrète et téméraire de m'immiscer et de prendre parti dans un débat concernant les retouches à apporter à l'organisation métropolitaine. A chacun son domaine.

Toutefois, je crois que l'heure est venue de marquer nettement le dédoublement, sur deux lignes, de l'Assistance mentale. Elle est, nous l'avons dit, dans la logique des choses et tout le monde en sent, clairement ou confusément, le besoin : — les médecins, qui ne peuvent se dérober aux nécessités de la science moderne et au secours que leur apportent d'autres services ou de grands laboratoires ; — le public, qui souffre et souffrira longtemps encore du régime trop spécial et discréditant de l'Asile. Aménon-le doucement et par étapes aux nécessités de l'internement quand il est nécessaire, après lui avoir montré que nous avons tout fait pour l'éviter. Il faut, a-t-on dit, combattre un préjugé. N'est-ce pas là le moyen le plus habile, le plus rapide et le plus sûr de faire tomber les préventions ? Pareil état de choses n'existe-t-il pas déjà, comme l'a fait remarquer René Charpentier, pour les malades aisés qui peuvent faire les frais de Maisons de Santé ? Dans un pays démocratique, n'est-il pas choquant ce privilège des malades fortunés ? L'étranger nous a donné l'exemple, comme l'ont donné aussi quelques villes heureuses en France, ainsi qu'on l'a rappelé.

Le principe admis, comment réaliser la chose ? Partout où il y a une très grande agglomération et un grand Hôpital Général, il doit y avoir un service de Psychiatrie, service *totalitaire*, pour employer une expression en faveur, non pas seulement pour les agitations temporaires et intercurrentes qui peuvent surgir dans tous les services, mais *pour toute la Psychiatrie courante* venue du dehors, service d'observation et de traitement qui fera le triage, procédera aux internements devenus nécessaires, auquel sera rattaché le Service social qui se doublera d'un service d'enseignement dans les villes universitaires où les étudiants se répandent dans les cliniques hospitalières.

Partout où ces services de première ligne pourront être créés, sans dommage pour les organisations ou les situations existantes, c'est à cette formule que l'on doit tendre. Ailleurs, et à Paris en particulier, on doit se pénétrer de ces directives pour des adaptations dont il ne m'appartient pas de fixer les modalités, mais que l'intérêt des malades et du public devra toujours inspirer.

M. PERRUSSEL. — En ce qui concerne Tunis où M. Porot nous dit que l'assistance psychiatrique est son œuvre, il ne semble pas que le souci de la compétence attestée par le titre de médecin des asiles publics d'aliénés obtenu au concours, soit pour grand'chose dans les affectations de service. C'est ainsi que l'attribution de la consultation psychiatrique de l'hôpital n'échut pas au candidat qui possédait ce titre et qui était moi. Et il en est de même pour mon successeur.

M. HAMEL. — C'est toujours avec plaisir et profit que nous écoutons M. le Professeur Porot nous rapporter les progrès de ses organisations psychiatriques en Algérie. Je ne puis que me ranger entièrement à son opinion en ce qui concerne la nécessité d'établir une double ligne thérapeutique, la première étant constituée par le traitement en cure libre, avec tout ce que cette conception comporte d'avantages pour les malades mentaux. Il y a sûrement quelques réserves à faire sur la possibilité de faire bénéficier tous les malades mentaux sans exception de la cure libre. Mais une discussion sur ce point nous entraînerait bien loin, et ce serait poser à nouveau dans son ensemble le problème des indications et des contre-indications du service ouvert.

Je me bornerai donc à une seule observation. M. le Professeur Porot estime qu'il serait désirable que, partout où cela est possible, dans les grandes villes en particulier, le service



ouvert soit partie intégrante de l'hôpital général. Des arguments importants militent au contraire, à mon sens, pour l'accolement aux asiles de ces services de cure libre. Je ne veux en retenir ici qu'un seul : Tout le premier, M. Porot proclame que ces services doivent être confiés à des médecins qualifiés et que ses collaborateurs ont tous reçu la formation psychiatrique dans les asiles de la métropole. Comment dans ces conditions, étant donné la situation actuelle de l'enseignement de la psychiatrie dans nos Facultés, peut-il espérer trouver même dans les grandes villes, en dehors des médecins du cadre des asiles, des aliénistes qualifiés ? En dehors de cas particuliers, seuls les médecins des asiles peuvent diriger des services de maladies mentales *ouverts* ou *non*, et il en sera de même pendant longtemps sans doute. C'est une des raisons, mais elle est loin d'être la seule qui milite en faveur du point de vue que nous avons soutenu récemment, mes collègues de la Commission des Asiles et moi-même, devant le Conseil Supérieur de l'Assistance Publique, à propos de l'étude du nouveau règlement du service intérieur des asiles. La législation en vigueur ne permettant pas de réglementer les services ouverts, dont l'existence au regard de la loi de 1838 n'est pas légale, nous avons obtenu cependant que sous forme de « note annexe » la possibilité de créer de tels services, à proximité des asiles et sous la direction des médecins du cadre des asiles, soit au moins signalée.

M. René CHARPENTIER. — Dans le compte rendu de la discussion qui eut lieu sur le même sujet à la séance du 27 avril 1936, il est dit (page 606) que le nombre des aliénés internés à la charge du département de la Seine est de 8.000. Je crois utile de préciser que le nombre de ces malades est actuellement de 19.000 environ.

M. PICARD. — Tout en louant M. le Professeur Porot de son œuvre considérable pour la création et l'organisation de l'assistance psychiatrique en Afrique du Nord, certaines réserves me paraissent devoir être formulées quant aux formations sur deux lignes, qui veulent rester très distantes l'une de l'autre, des mesures à appliquer aux malades mentaux.

Ce n'est pas, comme M. le Professeur Porot vient de le dire, diminuer le préjugé qui règne à l'égard des maladies mentales que de vouloir dès la phase aiguë (qui peut nécessiter les mêmes mesures de préservation sociale, les mêmes moyens de coercition, les mêmes obligations de protection, tant individuelle que des biens) opérer un triage selon des pronostics qui peuvent être controuvés ; ce n'est pas rendre à l'aliéné sa qualité de

malade, que de faire de l'asile un endroit où ne serait plus permise aucune espérance. De la sorte, on ne fait que fortifier au contraire la fâcheuse prévention du public à laquelle participent trop de médecins et que ne manquent jamais d'appuyer malencontreusement certains journalistes comme certains hommes politiques, à savoir que tout aliéné étant irrémédiablement perdu, toute sortie est l'aveu d'une erreur de diagnostic.

M. GUIRAUD. — Nous devons remercier M. Porot de la franchise et de la netteté de son exposé. Nous voyons maintenant où nous conduit cette question des services ouverts des hôpitaux posée devant la Société depuis quelques séances. Jusqu'ici il avait été question de petits ou de moyens services destinés à traiter des cas légers et rapidement curables de troubles mentaux tels que : maladies fébriles bruyantes, ivresses prolongées, dépressions et confusions légères, tentatives de suicide d'amoureux délaissés. Il est bien légitime d'éviter à de pareils malades les inconvénients de l'internement. Nous ne pouvons qu'approuver ces services ouverts à condition, comme l'ont dit très bien MM. Baruk et Delmas, qu'ils soient vraiment ouverts, sans moyen de contention, et que le maintien des malades y soit bref.

La réalisation du Professeur Porot est toute différente. Tous les psychopathes sans exception doivent être traités sans internement tant qu'ils ne sont pas incurables et le *résidu* seulement doit être interné dans un Asile. Or, dans leur grande majorité, les malades mentaux : 1° doivent être maintenus en traitement malgré leur volonté ; 2° ne guérissent qu'après un intervalle de 3 mois, 6 mois, un an et plus. Contre cette réalité, la phobie de l'internement, plus intense chez certains médecins que dans le public, reste impuissante. La preuve, c'est que quand un psychopathe est placé dans le service de M. Porot, on fait faire une demande par la famille, on prévient l'autorité administrative et on inscrit son nom sur un registre que sans doute par ironie on doit appeler registre de la loi. C'est l'internement sans le mot, avec cette différence que cette pratique est illégale, que nous ne savons pas comment sont protégés les biens du malade, comment et de quel droit sa correspondance est contrôlée, quels sont ses moyens de défense et de protestation. Sans doute, on peut admettre que le Préfet, avant de signer un arrêté de placement d'office, peut décider le maintien en observation, mais ce maintien provisoire ne saurait raisonnablement excéder une ou deux semaines. Le régime d'Alger ressemble à celui de la France avant la loi de 1838 ; il ne peut exister que par le consen-

tement des autorités administratives et judiciaires jusqu'au jour où des malades protestataires et connaissant la procédure s'adresseront non plus au Garde des Sceaux mais réclameront une forte indemnité en dédommagement d'une séquestration illégale.

Nous estimons que cette organisation est un exemple à ne pas suivre. Pour le département de la Seine où on interne 5 à 6.000 aliénés par an, il ne saurait en être question. Pour les trois quarts des départements français, il ne faut pas oublier qu'il n'y a de compétents en psychiatrie que les médecins des Asiles. Restent une dizaine de grandes villes, sièges de Facultés de médecine, où la solution a été résolue autrement qu'à Alger. Là, si l'on veut traiter des psychopathes à l'hôpital, il est bien facile d'y créer à la fois un service ouvert et un quartier d'hospice conforme à la loi de 1838.

Si nous protestons contre le renforcement du préjugé de l'internement par les médecins, c'est parce que nos malades — dont la majorité est curable, comme le montrent les statistiques de sortie des Asiles — souffrent de cette campagne. Ils tendent à être considérés partout comme des *résidus*, et cela nous empêche d'obtenir pour eux laboratoires et installations de traitements modernes. On l'a bien vu pour le département de la Seine où d'énormes sacrifices pécuniaires (laboratoires, spécialistes, etc.) ont été jusqu'ici réservés aux psychopathes non internés, alors que légalement le département a la seule charge des psychopathes internés.

M. POROT. — J'insiste sur ce fait qu'il n'est jamais entré dans mon esprit de diminuer le mérite des situations actuelles et de toucher aux garanties que donne le recrutement spécial des médecins d'asile ; et la meilleure preuve est que j'ai tenu la main, en Algérie, à ce que les médecins appelés à diriger les services hospitaliers de première ligne offrissent toutes les garanties de technicité désirable.

Mais je maintiens le principe que je viens de défendre, d'un dédoublement en profondeur de l'assistance mentale. Où il n'y a rien, la chose est aisée à établir d'emblée. Quant aux modalités d'adaptation pour les organisations déjà existantes, qu'importent ces modalités, pourvu qu'elles s'inspirent du principe en cause. Que l'on pose une première ligne devant l'Asile ou que ce soit l'Asile qui détache en avant de son service fermé, un service ouvert, la chose revient au même. A chacun de résoudre le problème en s'inspirant des contingences locales.

Quant à faire des Services hospitaliers de Psychiatrie dans tous les hôpitaux généraux, je n'ai jamais envisagé cela et j'estime qu'on doit les réserver pour les très grosses agglomérations et les très grands hôpitaux.

**Maladie de Biermer et responsabilité médico-légale (à propos d'une expertise), par MM. A. POROT et R. VALENCE (d'Alger).**

La maladie de Biermer est à l'ordre du jour des Sociétés Savantes et la Société Médico-psychologique elle-même a entendu plusieurs communications toutes récentes sur les syndromes psycho-anémiques. On a cherché à assimiler ces derniers aux tableaux observés dans les toxi-infections et relaté plusieurs fois des manifestations rappelant le syndrome de Korsakof. Toutefois, comme on l'a fait remarquer, il ne semble pas que l'on puisse, dans les différents cas observés, dégager une formule mentale constante.

Il fallait s'attendre, comme corollaire, à voir ces états pathologiques soulever parfois des problèmes d'ordre médico-légal.

Voici précisément un cas où la question de responsabilité a surgi à propos d'une malade traduite devant la Cour d'Assises pour une tentative d'assassinat.

Au cours de son incarcération, cette malade présentait des troubles d'asthénie assez graves pour motiver son hospitalisation et c'est à cette occasion que le diagnostic d'anémie de Biermer fut porté après un examen clinique et des recherches hémato-logiques. L'épreuve du traitement, au surplus, fut péremptoire. Un premier expert commis par l'instruction avait conclu à l'intégrité mentale et à la responsabilité. Mais, la défense ayant fait citer le médecin traitant comme témoin, ce dernier crut devoir faire de sérieuses réserves sur l'intégrité mentale de sa patiente. La Cour dut recourir à la nomination de nouveaux experts pour s'éclairer entre ces avis contradictoires. C'est dans ces conditions que nous eûmes à connaître de cette affaire et que notre avis fut sollicité.

Voici les faits :

Mme P... Joséphine, âgée de 46 ans, était veuve avec 3 enfants, quand elle fit la connaissance d'un voisin, marié lui-même et père de famille, qui devint son amant pendant 2 ans, dit-elle (2 mois, dit son partenaire), et lui fit faire 4 fausses couches. Il lui avait promis le mariage, lui aurait emprunté 15.000 francs sans reconnaissance pour acheter une propriété dans l'intérieur, mais se déroba ensuite

à tous ses engagements. Lassée de ces déceptions l'inculpée cherchait à rejoindre son amant qui se dérobaux rendez-vous. Finalement, un jour, elle se trouvait en présence de la fille aînée de son séducteur, jeune fille de 26 ans qui s'était toujours opposée au mariage de son père ; après une discussion courte, mais violente, elle tirait sur son antagoniste 3 coups d'un revolver acheté 2 mois auparavant ; l'un deux atteignait la victime au cerveau et entraînait une hémiplegie droite définitive. C'était le 17 juillet 1934. Joséphine P... fut incarcérée aussitôt. Comme elle n'avait plus ses règles, elle se prétendit enceinte ; une visite médicale conclut à de simples troubles de la ménopause. Le 22 février 1935, un premier examen mental fut prescrit qui conclut à une intelligence normale et à la responsabilité entière.

En prison, elle resta près d'un an bien portante, puis se plaignait de lassitude et le registre médical de la prison montre que, depuis mai 1935, on dut la soigner pour asthénie, anémie et troubles cardiaques. Elle dut s'aliter et finalement fut évacuée à l'hôpital le 7 novembre.

Là le diagnostic d'anémie de Biermer fut porté, ainsi que celui de dissociation auriculo-ventriculaire et voici le résumé de l'observation clinique (1) :

Asthénie, troubles gastro-intestinaux (vomissements, diarrhée, anorexie).

Troubles de la sensibilité subjective et objective ; perte de la sensibilité vibratoire aux membres inférieurs. Réflexes normaux.

Fièvre continue aux environs de 38°. Traces d'albumine.

Pouls petit, irrégulier et ralenti. Souffle systolique intense de la base. L'électrocardiogramme confirme le diagnostic de dissociation auriculo-ventriculaire.

Le tubage gastrique montre une anachlorhydrie absolue.

L'examen du sang indique, à la date du 23 novembre :

G.R. = 2.380.000 avec valeur globulaire à 1,25. Anisocytose, poikilocytose. Mégalo blastes typiques à l'épreuve de l'adrénaline. Le chiffre globulaire tombe jusqu'à 1.200.000 et la valeur globulaire s'élève jusqu'à 2,04.

L'épreuve thérapeutique (méthode de Whipple) apporte une confirmation définitive au diagnostic. Au début de février 1936, le nombre des globules rouges est remonté à 5 millions, la valeur globulaire étant de 1,19.

Les seules données que nous possédons sur l'état psychique, conteneues dans l'observation prise à l'hôpital, sont que la malade était « sombre et toujours réticente » au moment de son entrée et qu'en moins de 2 mois, il y avait « un changement total dans son aspect,

(1) Cette observation détaillée a été rapportée à la *Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, n° 11 des *Bulletins et Mémoires*, 30 mars 1936, p. 152.



qu'elle causait volontiers avec ses compagnes de lit et qu'elle n'avait plus cet air sombre qui frappait dès l'abord ».

C'est le 18 mars 1936 qu'elle comparait devant la Cour d'Assises et qu'était prescrite une nouvelle expertise.

Au moment de notre examen (début de mai 1936), il n'y avait aucun symptôme neurologique, pas de déficit moteur, pas de trouble de la coordination ; tous les réflexes tendineux et cutanés étaient normaux ; la sensibilité vibratoire était encore émoussée aux membres inférieurs ; la notion de position était conservée. Il n'y avait pas de Romberg.

Les signes cliniques d'une dissociation auriculo-ventriculaire persistaient, ainsi que le souffle systolique de la base.

Quant à l'état mental, il nous parut normal en tous points. Au début, elle prétendait ne plus se rappeler les événements passés ; mais dès qu'on commençait à les lui raconter, elle entrait à son tour dans le vif du sujet et faisait preuve d'un tonus intellectuel et affectif, ainsi que d'une mémoire en parfait état. Elle a pu fournir tous les détails et toutes les circonstances de son geste meurtrier et des événements qui l'avaient encadré. Elle a soutenu un interrogatoire et un examen prolongés sans en paraître fatiguée, donnant jusqu'à la fin des réponses précises, aisées, faites après un temps de réflexion normal ou une spontanéité immédiate.

Elle regrette son crime et l'explique par l'état d'irritation où elle se trouvait, ce jour-là et les précédents, devant l'attitude fuyante de son amant.

Les questions qui nous étaient posées étaient les suivantes :

1° déterminer l'état psychique de l'accusée au 17 juillet 1934, date du crime et son état psychique actuel ;

2° dire si l'accusée était atteinte, au moment du crime, de la maladie de Biermer et, dans l'affirmative, si cette maladie a pu influencer sur son état mental ;

3° si sa responsabilité est totale ou partielle et, dans ce dernier cas, dans quelle mesure.

Nous avons pu répondre, en ce qui concerne l'état actuel, que cette femme ne présentait aucun signe de fléchissement intellectuel, aucune altération essentielle de ses facultés, aucune modification du caractère, aucune erreur sensorielle ou idée délirante pouvant faire supposer chez elle l'existence de tares ou de maladies mentales évolutives dont le début aurait pu se manifester depuis plusieurs années.

Quant à son état psychique au moment de l'attentat, rien ne nous permettait de penser qu'il pût être altéré. Le souvenir très détaillé qu'elle gardait de toutes les circonstances du crime écartait toute idée d'un état confusionnel ou d'un raptus passionnel ayant obnubilé sa conscience. Il écartait aussi l'idée d'une impulsion de nature épileptique. Aucune hallucination, aucun thème délirant ne permettaient de supposer qu'elle avait agi sous l'influence d'un déterminisme mental morbide.

Il était peut-être plus délicat de répondre à la seconde question. Il est toujours malaisé de fixer le début exact d'une maladie à installation insidieuse et progressive et d'un processus hématologique dans ses premières étapes, d'autant plus qu'il y a une période de tolérance fonctionnelle avant qu'éclatent les premiers accidents.

Mais nous avons dans les éléments trouvés dans l'observation de notre collègue et dans les témoignages recueillis par notre enquête auprès des gardiennes de la prison des repères assez précis.

D'abord, les allusions à l'état psychique ne permettaient de dégager qu'une formule de dépression mentale simple, assez parallèle à l'asthénie physique et la suivant dans sa courbe évolutive.

Dans sa publication, notre collègue notait que les premiers signes d'asthénie étaient apparus 7 mois avant l'entrée à l'Hôpital, ce qui permettait de fixer le début approximatif au mois de mai 1935, soit 10 mois après le crime. Cela concordait avec les données fournies par le service médical de la prison et les témoignages des gardiennes auxquelles cette inculpée était apparue, à son entrée, lucide et présente, racontant très bien tous les détails du crime et tous les faits qui l'avaient poussée à bout.

Pour toutes ces raisons, nous ne pouvions admettre que l'anémie de Biermer qui s'était manifestée postérieurement au crime et qui, dans l'ordre psychique, n'avait donné que de simples phénomènes de dépression, pût avoir joué un rôle dans le comportement de l'inculpée et dans le déterminisme de ses actes, à la date du 17 juillet 1934. Aucun symptôme ne trahissait l'anémie à cette époque.

Si nous avons rapporté cette histoire médico-légale, c'est d'abord en raison de l'actualité des problèmes que pose, dans l'ordre psychique, la maladie de Biermer.

Elle n'a pas et ne saurait avoir — ainsi qu'on l'a dit — de formule mentale spécifique. Tout se bornait ici à de simples phénomènes de dépression et de morosité, explicables par la déficience physique. Encore est-il que, dans le cas particulier, on peut se demander si les chagrins et les déceptions subies depuis deux ans par cette femme, si la réaction à l'incarcération, ce qu'on a appelé la « psychose pénitentiaire », ne revendraient pas une part étiologique.

C'est ensuite pour mettre en garde nos collègues non spécialistes contre la facilité à laquelle ils risqueraient de céder trop volontiers dans leurs déductions sur un terrain qui demande beaucoup de prudence et de circonspection.

Ce n'est pas tout, en effet, que de constater une affection dans le passé ou le présent d'un sujet pour jeter la suspicion sur sa capacité civile ou la validité de ses actes. Il faut encore pouvoir établir deux choses :

1° Un rapport chronologique suffisamment net entre les manifestations de la maladie et les faits suspectés, pour soulever d'abord la présomption d'influence.

2° Il faut ensuite trouver dans l'acte incriminé des traits pathologiques suffisamment caractérisés et démontrer que la maladie invoquée peut réaliser des symptômes de cette nature.

Aucune de ces conditions ne se trouvait réalisée dans l'histoire que nous venons de rapporter.

M. G. PETIT. — Quelquefois mais plus rarement les troubles mentaux précèdent de très longtemps la maladie de Biermer. Hulett a consacré un long travail aux conséquences médico-légales de ces faits. Et il demande que, lorsque se pose la question de l'incapacité civile ou de l'irresponsabilité pénale, on admette que la réponse puisse être affirmative dans la maladie de Biermer.

**Syndrome catatonique post-typhique curable**, par MM. Henri ROGER, ALBERT-CRÉMIEUX et Joseph ALLIEZ (de Marseille).

Si les complications mentales de la fièvre typhoïde sont connues depuis Chomel et Louis, on peut dire que la pathologie neuro-psychiatrique de ces dernières années a remanié profondément nos conceptions sur ce sujet :

D'une part, au point de vue pathogénique, la notion d'« encéphalite » a pris une importance de plus en plus grande, d'autre part, du point de vue de la nosologie psychiatrique, le démemberment de l'ancienne démence précoce (auquel ont contribué au tout premier plan les travaux du Professeur Claude et de ses élèves) a substitué à la trop rigide synthèse kräpelinienne, la notion plus clinique de « syndromes » pouvant évoluer plus ou moins séparément.

En particulier, les travaux expérimentaux et cliniques de M. Baruk sur la catatonie tendent à isoler à nouveau un « syndrome catatonique », — retour à la Catatonie de Kahlbaum — qui peut se rencontrer au cours des démences précoces les plus légitimes, et être alors plus ou moins associé avec les autres syndromes de cette maladie, mais aussi être symptomatique d'infections diverses, surtout infection colibacillaire et infection typhoïdique.

Notre but n'est pas de vous présenter une étude bibliographique complète de cette question. Les hasards de la clinique nous ont permis d'observer, dans le service de clinique des

maladies nerveuses de Marseille, un cas de syndrome catatonique post-typhique curable. Il nous a paru justifié de verser cette observation aux débats de la Société Médico-psychologique.

OBSERVATION. — Il s'agit d'un homme de 22 ans, G. P., garçon de restaurant, que l'un de nous fit admettre à l'Hôtel-Dieu de Marseille dans le service de notre maître le professeur Roger, le 16 janvier 1932, pour des troubles mentaux apparus après une fièvre typhoïde.

Nous ne relevons dans les antécédents de notre malade aucun fait digne d'attirer l'attention :

Son développement neuro-psychique s'est fait selon les étapes normales : d'intelligence moyenne, il a suivi ses classes d'école primaire sans difficulté ; rien dans sa conduite ne manifestait d'anomalies caractérielles.

D'origine corse, il avait eu des accès paludéens, disparus depuis son arrivée sur le continent, cinq ans avant la maladie qui nous occupe. Il n'a jamais eu de maladies vénériennes, n'a jamais fait d'abus éthylique. Sa mère, bien portante, a eu huit enfants, deux sont morts en bas-âge (l'un de méningite) ; son père a succombé à une attaque apoplectique, à l'âge de 56 ans. On ne signale dans sa famille aucun antécédent névropathique ou vésanique.

Au mois de mai 1931, donc huit mois avant son entrée à l'hôpital, et quinze jours après avoir absorbé des moules suspectes, notre malade fait une infection à caractère typhoïde, avec température à 40°, dont le diagnostic fut confirmé par un séro-diagnostic de Widal positif au 1/150° pour l'Eberth, négatif pour les paratyphiques A et B. Aucun incident cardiaque ou hémorragique ne vint compliquer la maladie. Mais cette pyrexie d'allure sévère fut caractérisée par l'intensité des phénomènes psychiques : confusion mentale avec délire particulièrement marqué et agitation sans hallucinations.

Au bout d'un mois, descente progressive de la température, les troubles mentaux se nettoient, tout paraît rentrer dans l'ordre, quand se produit une rechute, qui s'accompagne à nouveau de température à 40° et de délire et dure vingt jours. Cette fois-ci, le malade entre en convalescence.

Brusquement, le 28 septembre, sans nouvelle ascension de température, sans aucun trouble de l'état général, notre convalescent fait une crise d'excitation violente, impulsive, avec impulsion à crier, à injurier son entourage, et cela pendant vingt-quatre heures, avec quelques accalmies au cours de la journée. Le lendemain, le calme est revenu. Mais, dans les jours qui suivent, le caractère se modifie progressivement : il a tendance à s'isoler, devient triste, taciturne, puis bientôt indifférent. Il se désintéresse de l'ambiance, perd toute réaction affective, toute initiative. Sans volonté, il tend à s'opposer aux actes commandés. Son activité est réduite : il parle seul, fait

quelques gestes avec les bras, sans signification apparente, toujours les mêmes, stéréotypés. Par instants, sans motif, il rit.

Par ailleurs, il s'alimente bien, ne se souille pas. C'est avec ce tableau qu'il entre à la clinique des Maladies Nerveuses.

Le lendemain, nous nous trouvons en présence d'un sujet assez obnubilé, désorienté dans le temps : il se sait à l'hôpital, mais ignore la date de son entrée ; il a une certaine conscience de sa maladie : lui-même se plaint de troubles de la mémoire, portant surtout sur les faits récents (les faits anciens sont conservés), et de céphalées surtout frontales, assez violentes, mais ne gênant pas le sommeil. Il n'exprime aucune idée délirante, ne paraît pas halluciné. Son activité est réduite à quelques gestes stéréotypés. Par moments, il rit sans motif.

L'examen neurologique met en valeur la tendance à conserver les attitudes imposées, tendance très accentuée, surtout aux membres inférieurs : ceux-ci sont le siège d'une certaine raideur, raideur flexible et qui s'amollit au cours des mouvements passifs. Les mouvements actifs s'effectuent avec une certaine lenteur. De plus, on observe par moments des spasmes d'ensemble du tronc et des membres rappelant, dans leur forme, les spasmes de torsion.

Il n'y a pas de parésie, mais un certain degré d'irritation pyramidale : réflexes rotuliens vifs, avec ébauche de contro-latéral, tendance à l'extension spontanée du gros orteil, sans signe de Babinski. Les achilléens sont normaux, les crémastériens plutôt vifs. Les réflexes tendineux des membres supérieurs sont un peu vifs, surtout le stylo-radial gauche. Il n'y a aucun signe de la série cérébelleuse. A part les spasmes que nous avons signalés, nous ne notons aucun signe de la série extra-pyramidale : ni rigidité, ni exagération des réflexes de posture, ni tremblement.

Le faciès est un peu crispé, mais la motilité de la face est conservée. Les pupilles réagissent à la lumière et à la distance. Pas de strabisme. Pas d'atteinte des autres nerfs craniens. La nuque est souple. La flexion du tronc limitée à l'angle droit, sans Kernig vrai. La marche se fait à petits pas, à la manière des contracturés, les jambes un peu fléchies, les coudes écartés du tronc.

La rachicentèse donne issue à un liquide normal : liquide clair, eau-de-roche, sous tension de 19-15 au manomètre de Claude, contenant deux éléments par  $\text{mm}^3$  à la cellule de Nageotte, une division d'albumine au tube de Sicard. Le Bordet-Wassermann est négatif, ainsi que celui du sang. L'azotémie est de 0,32 centigrammes. Le séro-diagnostic de Widal est positif au 1/100<sup>e</sup>, le séro-diagnostic de Wright est négatif.

Par ailleurs, cœur, poumons, foie, rate, paraissent normaux. Dans les urines, ni sucre ni albumine. Le malade est apyrétique.

On pratique des injections intraveineuses d'Electrargol, qui provoquent la première fois un choc assez violent avec ascension de température à 39°2 et cyanose. Après huit injections, cette médica-



tion paraît apporter une amélioration assez nette, mais qui ne dure pas. L'état traînant en longueur, on dirige le malade sur l'hospice de Sainte-Marguerite, et nous n'avons plus de lui que des nouvelles lointaines.

Pendant un an et demi, l'état demeure stationnaire : malade calme, mais indifférent, et, par périodes, refusant de s'alimenter. Puis, peu à peu, la torpeur diminue.

Nous le revoyons en août 1934, deux ans après sa sortie du service, l'amélioration est flagrante : les fonctions végétatives se font normalement. L'état psychique de négativisme avec tendance à l'isolement, la persévération des attitudes ont disparu. Le goût à la vie, l'intérêt à l'ambiance reviennent. Seuls persistent les soliloques, à voix basse, quelques gestes stéréotypés, et, par instants, l'ébauche de sourire immotivé.

Le malade a quitté l'hospice de Sainte-Marguerite à Pâques 1935, et depuis sa sortie, l'amélioration s'est accentuée : progressivement est revenu l'intérêt à la réalité, d'abord pour les occupations du ménage (il aidait sa mère), puis pour les sports (foot-ball, courses de chevaux) et les spectacles (cinéma). L'initiative est revenue : spontanément, il s'est résinséré dans la vie sociale. Bientôt, il allait voir travailler ses amis, puis il a cherché du travail pour lui-même, enfin, au début d'octobre 1935, il a trouvé une place de garçon de restaurant chez son ancien patron.

Le 15 octobre 1935 — moment où l'un de nous le revoit — il travaille comme avant sa maladie, avec la même activité, la même rapidité, aucune erreur dans son service n'est signalée par son patron. A la maison, il est plutôt triste, déprimé, un peu « absent » par instants, mais ses réponses sont toujours pertinentes. Parfois, il lui arrive encore de parler seul, à voix basse, et ces soliloques s'accompagnent de quelques gestes stéréotypés de la main droite et de l'index droit. Sur le fond déprimé, son humeur manifeste un certain degré d'irritabilité avec tendances à la colère, et un certain entêtement.

Si ce n'est l'amnésie lacunaire contemporaine de la maladie (dont le souvenir reste très confus dans son esprit), il ne présente plus aucun trouble de la mémoire, ni des faits anciens, ni des faits récents. En particulier, il a retrouvé des notions scolaires suffisantes pour résoudre correctement les problèmes de sa nièce (qui suit un cours supérieur au certificat d'études).

Par ailleurs, le sommeil est normal. Il n'y a ni asthénie, ni céphalée. Pas de troubles de la vue ni de l'ouïe, pas de vertiges. L'appétit est bon, les digestions normales. Le malade a repris du poids.

L'interrogatoire révèle une légère dysarthrie : la voix est lente, traînante, un peu nasonnée, avec quelques achoppements.

L'examen neurologique montre un très léger tremblement de la langue, à type fibrillaire, et une tendance (à la vérité très atténuée) à la conservation des attitudes. Il n'y a aucun autre symptôme objectif d'atteinte des fonctions du système nerveux.

L'examen des autres appareils ne révèle qu'un choc précordial un peu étalé. Poumons, foie, rate, urines sont normaux.

Des nouvelles toutes récentes nous apprennent que notre garçon de restaurant a pris un gros service chez un parent, en Corse, et qu'il est tout à fait bien portant, quoique conservant une certaine tendance à la tristesse.

*En résumé*, il s'agit d'un homme de 22 ans, sans antécédents psychopathiques, qui, après la guérison d'une fièvre typhoïde sévère, avec confusion délirante particulièrement marquée, fit une crise d'excitation impulsive passagère, marquant l'entrée dans un état d'autisme avec syndrome catatonique fait de négativisme, de stéréotypies avec rire sans motif, et de persévération des attitudes imposées.

Deux ans après, le malade sort progressivement de cet état : l'intérêt à la réalité, l'affectivité, l'initiative, l'activité réapparaissent. Au moment de notre dernier examen, quatre ans après le début du syndrome catatonique, il ne persiste de celui-ci que quelques stéréotypies, une tendance (à la vérité bien minime) à la persévération des attitudes, et un état de dépression avec quelques troubles du caractère.

Les fonctions psychiques sont à ce point rétablies que le malade peut assurer un travail important, dans sa profession de garçon de restaurant, avec les mêmes qualités qu'avant sa maladie, et à l'entière satisfaction de son patron.

Bernheim, en 1896, avait signalé la catalepsie au cours de la dothiéntérie. Mais c'est Dufour qui le premier, en 1900, décrit vraiment la catatonie de la fièvre typhoïde. Depuis, les cas rapportés sont très peu nombreux, tant en France qu'à l'étranger.

May et Kaplan, en 1929, Guegen, Chalier et Fromen, Stehelin les années suivantes, dans leurs études sur l'encéphalite typhique, signalent les phénomènes hypertoniques qu'ils ont pu observer. Mais il s'agit surtout dans ces travaux de l'hypertonie extrapyramidale. Par contre, nous trouvons dans la thèse de Garand, inspirée par le professeur Claude, en 1929, le premier travail d'ensemble sur « le syndrome catatonique en rapport avec quelques maladies infectieuses », montrant qu'un véritable tableau d'hébéphrénocatatonie comparable à celui de la démence précoce, peut se montrer au cours ou au décours des toxi-infections.

Schiff et Courtois rapportent en 1930 à la Société clinique de médecine mentale, l'observation caractéristique d'un malade entré à Sainte-Anne avec le diagnostic d'hébéphrénocatatonie et un séro-diagnostic positif au 1/300°.

Toulouse, Courtois et Roubénovitch présentent à la Société médico-psychologique une démence précoce à forme hébéphrénocatatonique consécutive à une fièvre typhoïde.

Dans des conditions expérimentales, Claude, Baruk et Meignan signalent l'apparition d'un syndrome catatonique avec ictère au cours d'une intoxication par la toxine typhique, employée chez un dément précoce dans un but de choc thérapeutique.

Sicard, à propos d'un cas de catatonie au cours d'une fièvre typhoïde observé avec Baruk et Poumeau-Delille, rapproche, dans sa thèse de 1934, le syndrome catatonique au cours des infections typhoïdiques du syndrome catatonique colibacillaire, suivant les conceptions de M. Baruk.

Enfin, Chalier et Etienne Martin décrivent, d'après leurs observations personnelles, le syndrome catatonique qu'ils ont pu isoler comme manifestation de l'encéphalite thyphique, associée ou non à la méningite, et caractérisé comme dans la démence précoce par : catalepsie, négativisme, suggestibilité, tel que Kahlbaum l'a défini.

De l'ensemble de ces travaux se dégage l'impression que les phénomènes catatoniques n'ont pas la gravité qu'on peut leur donner si l'on considère uniquement la démence précoce selon la conception de Kræpelin.

Dans la catatonie typhique, ou post-typhique — comme dans la catatonie colibacillaire — on peut conclure, avec MM. Claude et Baruk « qu'il faut tenir compte de facteurs d'ordre fonctionnel comparables à ceux d'une intoxication (la démonstration expérimentale en a été faite pour la colibacillose), par conséquent susceptible de variation, de régression, au lieu de considérer la catatonie sous l'angle d'une localisation anatomique destructrice ».

Notre observation vient s'ajouter aux précédentes pour confirmer cette impression optimiste. Et c'est une des raisons pour lesquelles il nous a paru justifié de la présenter à la Société Médico-Psychologique.

M. H. BARUK. — J'ai observé aussi de tels cas, avec apparition tardive de catatonie chez d'anciens typhiques dont le liquide céphalo-rachidien était négatif. J'ai fait d'infructueuses expériences pour provoquer la catatonie chez des animaux en leur injectant l'exotoxine typhique dans le rôle il est vrai est moins considérable que celui de l'exotoxine. Chez un catatonique post-typhique j'ai, avec Poumeau-Delille et Sicard, fait un tubage duodénal et ensemencé la bile. L'ensemencement n'a donné que

du colibacille. Cela, confirmé par les expériences d'Hillemand, prouve l'importance de la colibacillose associée aux autres infections. L'onirisme est un signe habituel de ces catatonies typhiques et colibacillaires auxquelles mon élève Sicard a consacré sa thèse.

M. GUIRAUD. — L'intéressante communication de M. Crémieux montre une fois de plus qu'on aurait tort de faire un pronostic d'incurabilité dès la constatation de symptômes de la série catatonique. Mais il ne faudrait pas croire que ce fait est une découverte de ces dernières années. Depuis toujours on a insisté sur les symptômes catatoniques des affections toxico-infectieuses aiguës ; il nous suffit de rappeler les travaux de Dupré et de Régis. Il y a une trentaine d'années, au moment où on introduisait en France les idées de Kræpelin, certains aliénistes ont peut-être exagéré la fréquence du diagnostic de démence précoce. Dans les cas où l'origine toxico-infectieuse aiguë est évidente, où l'on constate des symptômes confusionnels ou dépressifs associés simultanément ou successivement à des symptômes d'ordre catatonique, on doit rester optimiste. J'ai récemment observé une série de psychoses puerpérales avec évolution favorable, dans lesquelles coexistaient confusion, état dépressif et symptômes catatoniques.

**Les troubles psychiques de la mélitococcie,**  
par MM. Henri ROGER et ALBERT-CRÉMIEUX (de Marseille).

Parmi les aspects neurologiques de la mélitococcie (auxquels l'un de nous a consacré un grand nombre de travaux ces dernières années), les troubles psychiques n'ont fait l'objet que d'un petit nombre de publications, tant en France qu'à l'étranger.

Signalés par Eyre, Trambusti, H. Roger, ils ont été étudiés en détail par Cantaloube, puis par l'un de nous, à propos de quelques observations personnelles, dans un article publié en décembre 1931. On en trouve dans la littérature parue depuis un certain nombre d'observations.

**Sémiologie.** — Certains symptômes psychiques font partie du tableau habituel de la maladie : telle est l'asthénie, signalée par de nombreux auteurs, depuis Eyre, le plus souvent d'ailleurs moins marqué que l'asthénie physique. Eyre avait observé également l'insomnie et l'amnésie. De même, on avait remarqué des troubles de l'affectivité et du caractère. Mais le plus souvent, la conservation de l'intellect est parfaite.

Par contre, dans certains cas, la prédominance des signes psychiques est telle qu'on peut décrire des formes mentales de la maladie.

I. *Symptômes psychiques de la mélitococcie habituelle.* — L'asthénie est un symptôme banal de la mélitococcie. C'est à la fois une asthénie physique, une fatigabilité intense, et une asthénie psychique, avec hyperémotivité et démoralisation, donc réalisant parfois un syndrome neurasthénique. Dans les formes graves, l'asthénie est souvent passagère ; dans les formes légères, elle peut être durable, constituant parfois le seul symptôme de la maladie (Cantaloube, Masselot). Elle peut être très précoce, précédant la période fébrile (Cassuto), ou apparaître seulement à la période d'état ou à la convalescence.

Les malades qui présentent une fièvre prolongée ont, surtout au cours des acmé de leurs ondulations thermiques, un certain degré de torpeur, beaucoup moins marqué que dans la fièvre typhoïde.

L'insomnie est relativement fréquente (Eyre).

L'affectivité est souvent touchée : parfois les malades sont indifférents à leur entourage familial, ou à la situation matérielle de leurs proches.

Le caractère est troublé : irritabilité, impressionnabilité, hyperémotivité, parfois anxiété, avec crainte de l'avenir (Dargein) ou de la mort (Cantaloube).

II. *Formes mentales de la mélitococcie.* — A. *Confusion mentale.* — 1. A la période de début ou d'état, les troubles mentaux de la mélitococcie revêtent le plus souvent la forme de la confusion mentale, telle qu'elle se rencontre au cours des toxi-infections.

Eyre, Trambusti, en 1908, avaient mentionné quelques cas de délire.

Le délire peut être passager : dans une observation parue dans la thèse de notre élève Le Flemm, le malade présentait à plusieurs reprises, au cours de crises de spasmes vasculaires cérébraux, un délire très passager, puis un véritable état confusionnel, avec obnubilation, désorientation dans le temps et dans l'espace, onirisme, d'où il sortit en une semaine, après deux ponctions lombaires.

Dans d'autres cas, le délire est plus durable, constituant une véritable « forme mentale » de la maladie.

Cantaloube trouve tous les degrés de délire onirique, depuis le délire parlé, survenant au réveil, et prolongeant de quelques



minutes un sommeil terminé en apparence seulement, jusqu'au délire d'action où l'automatisme du malade réalise pour son propre compte une seconde vie. Il existe cependant une tendance commune à ces délires d'intensité différente : la tristesse. Les malades ne rient qu'exceptionnellement, et leur pensée ne s'arrête pas à des détails gais. Enfermés dans un cimetière, poursuivis par des bêtes féroces, des chiens enragés, précipités dans des ravins, assassinés, noyés....., ils brodent leur délire autour du même leitmotiv de douleur ou d'épouvante.

Rudino rapporte un syndrome de confusion mentale aiguë, Gonzalez Suarez un cas avec réaction méningée.

Dans une observation personnelle, le malade fit une période d'agitation de quatre à cinq jours, avec anxiété, loquacité, suivie d'une période de mutisme avec indifférence.

Lionello de Lisi rapporte deux cas de confusion mentale : l'un avec désorientation dans l'espace et dans le temps, troubles de la mémoire, tendance à la fabulation, dépression et apathie ; un autre où prédomine une excitation psycho-motrice irrégulière avec délire incohérent, surtout teinté d'idées de grandeur.

Robert-Lévy et Neimann rapportent également une observation de confusion mentale avec désorientation dans le temps et dans l'espace, et agitation extrême avec hurlements, cas qui s'est terminé par la mort dans l'adynamie.

2. Dans certains cas, c'est à la fin d'une poussée évolutive qu'apparaissent les troubles psychiques :

Dans le cas de Broc et Bonan, le délire correspond à ce qu'on appelait autrefois la « crise » de la maladie infectieuse ; délire critique, s'installant au moment où la température tombe à 37°, fait d'agitation, de désorientation, d'hallucinations visuelles et auditives, et suivi d'amnésie complète de la période délirante.

Dans une de nos observations (thèse de Le Flemm), les troubles psychiques sont apparus à la fin de la période évolutive d'une mélitococcie trainante et ont affecté un aspect démentiel.

Un malade de Ughetti fait un véritable délire de la convalescence, délire tranquille, suivi d'une période de prostration de courte durée.

3. Enfin, c'est parfois longtemps après la guérison apparente d'une mélitococcie banale, cinq ou six mois après, qu'apparaissent des troubles psychiques, plus ou moins graves, plus ou moins durables.

Dans une observation récente, rapportée par l'un de nous, avec Jean Piéri et M. Bouet, à la Société médicale des hôpitaux de Paris, il s'agissait d'un malade qui, quatre mois environ

après une mélitococcie d'allure banale, présenta des céphalées, des crises de paresthésies brachio-facio-linguales avec aphasie, puis trois épisodes psychiques, de durée de moins en moins longue, avec désorientation, subagitation et zoopsie. La ponction lombaire montra une réaction méningée intense (hypercytose à 160 pour 0,70 d'albumine).

Les hallucinations ne sont pas très fréquentes :

Axisa les signale au cours d'un délire grave pendant une mélitococcie. Il s'agit souvent d'hallucinations de la vue, comme l'avait fait remarquer Cantaloubé : des étrangers se promènent dans la chambre, dans le ciel-de-lit, des animaux courent sur les couvertures, l'eau couvre le sol.

Dans l'observation de Lionello de Lisi, le malade voit deux enfants autour du lit. Dans notre cas de troubles tardifs, les trois épisodes psychiques s'accompagnèrent de zoopsie.

Un malade de Rimbaud et Janbon fait, deux ans après le début de sa maladie, des accès nocturnes de délire hallucinatoire avec hallucinations auditives : il entend des bruits de voix, de la musique, un poste de T.S.F.....

*Associations neurologiques.* — La confusion mentale peut constituer à elle seule toute la symptomatologie cérébrale de la mélitococcie. Mais les troubles psychiques sont assez souvent associés à des symptômes neurologiques, cérébraux, périphériques ou méningés.

1. L'un de nous a constaté à diverses reprises, chez un de ses malades, un signe de Babinski unilatéral.

Il est des observations dans lesquelles les troubles mentaux sont associés à des syndromes cérébraux, en particulier à des syndromes paroxystiques dus à des spasmes vasculaires : aphasie, hémiparésie, épilepsie, paresthésies brachio-facio-linguales.

2. Plus intéressantes peut-être sont les atteintes du neurone périphérique, depuis la simple abolition d'un réflexe jusqu'à des phénomènes névritiques dont l'association à la confusion réalise des variétés de syndrome de Korsakoff (Cantaloube, Devic et Barbier).

3. Enfin, l'examen du liquide céphalo-rachidien peut déceler des réactions méningées (Le Flemm), telles qu'on les rencontre en particulier dans le syndrome de radiculo-névrite mélitococcique avec xanthochromie et réaction albumino-cytologique intense du liquide céphalo-rachidien (Henri Roger et Albert-Crémieux). Un de nos malades présenta successivement une paralysie flasque des membres inférieurs avec abolition des

réflexes, dysurie, douleur à la pression des nerfs des membres, puis, six mois après, un état confusionnel, avec désorientation dans le temps et dans l'espace, agitations, quelques hallucinations visuelles, puis abattement avec mutisme, état qui se termina par la mort.

Un cas de Gonzalez Suarez concerne un jeune homme qui fit un délire violent, avec agitation extraordinaire, puis parésie flasque, anesthésique et coma, accompagné d'une réaction liquidienne intense avec dissociation albumino-cytologique.

Ces réactions méningées de la mélitococcie ont un début généralement tardif ; elles se caractérisent par une réaction cytologique intense, dépassant la centaine de leucocytes, pour un taux d'albumine corrélativement moins élevé et contrastant parfois avec la pauvreté des signes cliniques.

*B. Autres troubles mentaux.* — Si la confusion mentale représente, au cours de l'infection mélitococcique, le syndrome le plus fréquent, on peut observer, au cours ou au décours de la maladie, d'autres syndromes mentaux.

Chez un de nos malades, les troubles psychiques affectèrent un caractère démentiel : ce malade, inattentif, dysmnésique, désorienté, portait machinalement son urinal à la bouche, demandant à manger « de la bouillabaisse de morue ».

Dans une observation rapportée par l'un de nous, les troubles psychiques, apparus au cours de la convalescence d'une lésion pleuro-pulmonaire survenue au quatrième mois de la mélitococcie, débutèrent par des idées mélancoliques, puis prirent la forme d'un état stuporeux, avec gâtisme prolongé, négativisme — en somme un syndrome catatonique, qui persista quatre mois, avec des alternances d'amélioration et d'aggravation — puis disparut alors que l'état général s'aggravait progressivement sous l'influence d'une complication tuberculeuse.

De cette observation il faut rapprocher le cas assez particulier, rapporté par Pédro A. Nouvillas, d'une jeune fille de 21 ans qui entra à l'asile avec le syndrome suivant : gesticulation, maniérisme, rire sans motif, irritabilité, violences, indocilité, négativisme, dissociation de la pensée, persévération — qui fit poser le diagnostic de schizophrénie : cet état guérit complètement au bout de trois mois, et l'on apprit alors qu'il avait été précédé d'une fièvre, de deux mois de durée. Le sérodiagnostic de Wright fut positif.

Plus rarement encore, la psychomélitococcie affecte l'allure des délires systématisés :

Telle l'observation récente de J. Picard (d'Arles), où les trou-

bles psychiques prirent pendant quelques jours la forme d'un délire hallucinatoire si bien systématisé qu'on se disposait à interner la malade. Celle-ci guérit complètement de sa maladie et de ses troubles mentaux.

Lemierre et Mahoudeau-Campayer avait rapporté l'histoire d'une jeune femme qui fit, pendant la convalescence d'une fièvre ondulante, une psychose à type dépressif avec idées de persécution, guérie au bout de trois mois.

Enfin, Ricardo Jorge, Fornos, Villa, Barbera auraient aux dires de Partearroya constaté des syndromes psychopathiques d'allure plus ou moins chronique : neurasthénie, psychose maniaco-dépressive. De même, Thromopoulos, cité par Liviero, a rapporté deux cas de neurasthénie.

**Pronostic.** — Si l'on excepte les rares observations de psychopathies d'allure plus ou moins chronique, que nous venons de citer, on peut dire d'une façon générale, que le pronostic des troubles mentaux de la mélitococcie en eux-mêmes est favorable : dans tous les cas où la maladie a guéri (ou presque) les troubles mentaux ont disparu, sans laisser de séquelles chez les malades qui ont pu être revus ultérieurement.

Par contre, l'apparition de troubles psychiques au cours d'une fièvre de Malte est souvent d'un pronostic fâcheux : sur les dix cas de Cantaloube, six sont morts, deux ont guéri lentement, deux étaient, quand ils ont été publiés, en cours de convalescence pénible. Quatre sur six de nos malades ont succombé, l'un après guérison des troubles psychiques.

Au point de vue de la valeur pronostique des troubles psychiques, il convient d'opposer les symptômes du début, à type de confusion mentale, probablement symptomatiques d'une irritation passagère, d'une « flambée » méningée, qui se rencontrent au cours de formes souvent curables, aux troubles tardifs, qui surviennent parfois cinq à six mois après la guérison apparente d'une mélitococcie banale, s'accompagnent de spasmes vasculaires cérébraux et de réactions méningées importantes : ces formes évoluent souvent vers une méningo-encéphalite subaiguë, qui, progressivement emportera le malade.

\*  
\*\*

Si en manière de conclusions, nous voulions caractériser les troubles psychiques de la mélitococcie, nous pourrions dire :

L'asthénie est fréquente, au point de constituer un symptôme

habituel de la fièvre ondulante. En revanche, les véritables « formes mentales » de la maladie sont assez rares.

Elles revêtent le plus souvent la forme de la confusion mentale ou du délire onirique des toxi-infections, sans caractère bien spécial : tout au plus peut-on souligner la fréquence de la tendance dépressive. Ce délire apparaît au début, mais plus souvent à la fin de l'infection, ou tout au moins d'une ondulation thermique — plus rarement après la guérison apparente. Il s'accompagne parfois de troubles neurologiques : aphasie, hémiparésie, paresthésies, épilepsie, plus souvent peut-être radiculo-névrite (réalisant un syndrome de Korsakoff), parfois de réactions méningées.

Si le pronostic de ces troubles psychiques en eux-mêmes est favorable, leur apparition au cours, au décours, et surtout après la guérison apparente d'une mélitococcie est généralement de fâcheux augure.

M. POROT. — Des faits plus rares sont ceux où les troubles mentaux éclatent dès le début de l'atteinte mélitococcique. Dans le *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux* paraîtra prochainement le cas d'un jeune homme que j'ai observé. Il était convalescent d'un traumatisme grave quand apparurent brusquement des troubles mentaux identiques à ceux d'un frère traité à mon insu dans le service des contagieux pour mélitococcie. Par la suite, tous les signes cliniques de cette infection apparurent, avec réaction positive à la mélitine.

M. PERRUSSEL. — J'ai souvent constaté l'existence d'une mélitococcie dans les antécédents de déments précoces en Tunisie.

M. Paul ABÉLY. — La mélitococcie doit intéresser d'autant plus les psychiatres que les troubles cénesthopathiques dominent souvent la symptomatologie et persistent pendant toute la convalescence. Il serait intéressant de savoir si l'aboutissant ne peut pas être un syndrome de psychose hallucinatoire chronique.

M. POROT. — J'ai vu deux cas de délirants chroniques atteints de mélitococcie.

M. H. ROGER. — Je n'en ai jamais vu.

M. G. PETIT. — J'ai vu un cas de psychose maniaque-dépressive à accès espacés par de longs intervalles lucides, apparaître chez un sujet peu après une atteinte de mélitococcie.



**Anxiété chez un déprimé hypochondriaque. Heureux effet de la vagotonine, par MM. J. HAMEL et R. BUISSON.**

Il s'agit d'un jeune soldat, Frédéric J..., âgé de 21 ans, dont voici, brièvement résumée l'histoire clinique. Fils unique d'une mère en bonne santé et d'un père tué à la guerre, il aurait eu une enfance normale. On peut simplement noter une énurésie jusqu'à l'âge de 10 ans, indice de fragilité nerveuse.

J..., intelligent et travailleur, possédant une bonne instruction primaire, exerce le métier d'ajusteur-mécanicien jusqu'à l'âge de 19 ans, mais, par suite de chômage, il s'engage au 22<sup>e</sup> B.O.A.

Ce n'est qu'à cette époque que ce jeune soldat, jusqu'alors normal, serait devenu de plus en plus triste. Dès le début de son service militaire, en effet, à la suite d'une angine pour laquelle il fut soigné à l'infirmerie pendant trois semaines, notre jeune malade présente, à deux reprises, à 15 jours d'intervalle, des incidents très pénibles d'anxiété paroxystique avec crainte de mort imminente. « C'était une sensation indéfinissable qui lui montait de la colonne vertébrale dans la tête, plus spécialement dans la région frontale, avec crainte et même tendance à la chute.

Ces paroxysmes, décrits par Mourgues sous le nom de crises de « Kakon », laissaient à notre sujet une grande impression de faiblesse ; il se débattait dans son lit sans pouvoir se lever, se sentant comme paralysé. Néanmoins, il continue pendant 10 mois à assurer son service militaire, tant bien que mal, tout en se plaignant régulièrement de sa santé.

Pendant toute cette période, il nous affirme avoir présenté une température subfébrile, ce qui lui valut de fréquentes exemptions de service, ainsi, d'ailleurs qu'une certaine méfiance de la part de ses chefs. (Cette affirmation est vraisemblable, car il présenta un fébricule analogue jusqu'à ces derniers temps). Traité fréquemment à l'infirmerie pour bronchite (?) et nervosité, il ne fit pas de manœuvres.

Cependant, son état de dépression ne fait qu'augmenter, la céphalée s'installe après l'anorexie et la rachialgie. Un amaigrissement de près de 14 kilogs, en moins d'une année, le fait envoyer à l'hôpital militaire de Strasbourg, d'où il sort amélioré, grâce à un traitement reconstituant d'une durée de quatre semaines. Néanmoins, il va consulter deux médecins civils qui portèrent le diagnostic d'appendicite chronique.

Cette amélioration ne fut que passagère, puisque, huit jours après, il est envoyé à l'Hôpital militaire de Metz et de là dirigé sur le centre de neuro-psychiatrie de la 20<sup>e</sup> région.

Dès lors, son état d'inquiétude empire et détermine une fugue anxieuse, au cours de laquelle il se rend chez ses parents pendant huit jours. Réintégré à l'Hôpital militaire, il est isolé. C'est à cette époque que se placent de nombreux paroxysmes anxieux, au cours desquels il tente plusieurs fois de s'étrangler, après avoir rédigé un testament en bonne et due forme.

Il est alors envoyé à l'Asile de Maréville le 21 décembre 1935.

A l'entrée, le malade répond correctement et sans réticence à toutes nos questions. C'est lui-même qui nous fournit tous les renseignements sur ses antécédents et l'histoire de sa maladie. Bien qu'il s'efforce de sourire, il exprime continuellement des idées délirantes hypochondriaques :

« J'ai beaucoup changé ; je me reconnais difficilement ; mon visage n'est plus le même ; j'ai des crises cardiaques de 204 battements ; mon foie est très enflé ; mon estomac et mes intestins ne fonctionnent pas ; j'ai également une bronchite chronique, ainsi que du rhumatisme dans les jambes et au niveau des épaules ; j'ai des craquements dans la tête, mes yeux sont enfoncés, ils me font mal et sont comme morts actuellement. »

A côté de ces idées délirantes hypochondriaques, on note un sentiment de préjudice et des craintes d'incurabilité avec peur et désir de la mort.

On ne peut mettre en évidence aucune idée d'auto-accusation ou d'indignité, ni troubles psycho-sensoriels. Par contre, existe une ébauche d'agressivité et des tendances revendicatrices à l'égard des médecins militaires « qui l'ont mal soigné ou plutôt qui ne l'ont jamais soigné ». Dès sa sortie, il ira « s'expliquer » avec le médecin-chef et le commandant de son régiment. Au point de vue psychique : langue saburrable avec constipation habituelle et tendance aux vomissements. On note une certaine diminution du tympanisme normal dans toute la partie inférieure de l'abdomen, avec léger empâtement de la région appendiculaire et point douloureux à la palpation profonde.

Aucun signe neurologique, à part des réflexes patellaires vifs. De plus, céphalée en casque, insomnie, anorexie.

Les différentes recherches de laboratoire et la radioscopie thoracique donnent un résultat entièrement négatif.

J... reste très déprimé dans les premiers jours de son internement et présente des crises d'anxiété subintrantes, n'entraînant pas de réactions importantes, sans doute grâce à la vigilance des infirmiers.

Voici le traitement qu'il a subi : du 25 décembre au 15 janvier 1936, il reçoit quotidiennement une ampoule de 2 cc. de sérum névrosthénique, ainsi qu'une ampoule de 5 cc. de Cinnozyl. Il se produit une amélioration nette de l'état physique (augmentation de poids de plus de 2 kgr.), mais sans modification nette de l'état mental.

A ce moment, devant la persistance des manifestations anxieuses,

nous pensons à essayer la vagotonine. Pendant une semaine, le malade reçoit chaque matin une dose de 10 gr. de sulfate de soude et est soumis à un régime lacto-végétarien.

Le 23 janvier, début du traitement : deux ampoules de vagotonine (une le matin, une le soir pendant 10 jours). Le traitement est entrepris avec les précautions habituelles, c'est-à-dire avec un régime riche en hydrates de carbone (en particulier : riz au lait bien sucré à chaque repas).

Dès la seconde injection, réaction vaso-motrice très importante avec sensation de bien-être, transformation brusque de l'état mental, par disparition presque totale de l'anxiété. Le traitement est suspendu le 1<sup>er</sup> février pour essai. L'état mental est nettement amélioré, le malade se lève et demande à travailler. Un traitement psychothérapique associé à quelques stimulants de l'appétit constitue la seule thérapeutique. L'amélioration se maintient jusqu'au 6 février, puis le malade retombe dans un état de dépression, mais beaucoup moins marqué que le précédent.

Le 10 février, on reprend le traitement : nouvelle amélioration nette dès le quatrième jour, à partir duquel on diminue la dose de moitié, dans le but d'augmenter la durée du traitement. En même temps, en raison des signes gastro-intestinaux et du fébricule signalés, on donne du Bacte Intestiphage. C'est alors que l'on voit, au bout du cinquième jour, la température tomber pour la première fois à la normale.

*Etat actuel.* — Le 4 mars, le patient, dont la transformation, tant physique que psychique, est un fait évident, est néanmoins soumis à un examen très minutieux.

*Au point de vue physique :* état général très satisfaisant ; augmentation de poids de près de 10 kilog. en deux mois. Le teint est rosé, la céphalée a disparu, le sommeil est normal, sans hypnotique. Les troubles digestifs se sont amendés, il n'y a plus d'anorexie, mais la langue est encore légèrement saburrale en son centre et les signes d'appendicite chronique persistent.

*Au point de vue mental :* anxiété totalement disparue, humeur plus gaie, efforts d'amabilité, le faciès est détendu. L'activité est à peu près normale, le malade s'emploie et se distrait. Il entrevoit sa guérison et son exéat pour la fin du mois.

Toutefois, il est important de noter la persistance d'un état de préoccupation hypochondriaque. F... J... reste persuadé qu'il est affaibli, « diminué » au quart de sa valeur antérieure. Néanmoins, il lutte contre lui-même et accepte avec reconnaissance les encouragements des médecins. En effet, ses lettres sont pleines de paroles d'espoir et d'éloges pour le traitement qu'il a subi, mais cependant on y voit toujours transparaître l'élément hypochondriaque sous forme d'analyse très poussée de son état physique et de doutes exprimés sur la sincérité de nos affirmations optimistes.

*Commentaires.* — Ce malade évoque à nos yeux un des types décrits par Abadie dans son discours d'ouverture du Congrès de Bordeaux. Quelle que soit l'opinion des auteurs sur la nature de la constitution hypochondriaque, nous constatons chez notre sujet d'une part un élément affectif, l'hyper-émotivité, d'autre part un élément plus spécialement intellectuel, paralogique, très voisin de l'attitude paranoïaque. Ce que nous voulons préciser c'est que notre malade n'est pas seulement un psycho-neurasthénique, mais aussi un hypochondriaque.

L'évolution de la maladie s'est faite à la faveur d'un changement d'existence, du passage de la vie civile à la vie militaire, mais c'est cependant une atteinte infectieuse (angine et appendicite chronique simultanées) qui en a constitué l'origine réelle. Les troubles neuro-végétatifs qui ont accompagné cet état infectieux se sont concrétisés en ces crises terrifiantes que nous avons signalées, et qui ont laissé chez lui une véritable anaphylaxie de crainte.

Dans les 10 mois qui ont suivi, période douloureuse pendant laquelle les soins ont peut-être été par trop hésitants, s'est installée chez notre malade la conviction d'un état pathologique très grave, en même temps qu'apparaissait chez lui l'impression, puis la certitude qu'il n'était pas l'objet de tous les soins nécessaires, d'où ses revendications.

L'état actuel de notre jeune soldat nous apparaît comme un « état » séquelle. Nous avons l'impression que si l'anxiété avait été « le tout » de la maladie, nous aurions certainement obtenu un résultat comparable à ceux cités par Combemale, Deschildre, Mme Gardien et la guérison serait acquise.

Que reste-t-il en effet ? Nous croyons qu'il demeure d'une part :

*Un état de doute*, témoin de la constitution psychique du sujet.

*Un état de crainte*, conditionné par le souvenir angoissant de crises paroxystiques successives, dont les deux premières ont laissé en lui une empreinte qui ne s'efface que très lentement.

Nous pensons que la vagotonine en maîtrisant l'anxiété a supprimé le facteur d'entretien le plus important du trouble mental. La psychothérapie peut faire le reste.

Notre impression est que la vagotonine qui n'a pas de contre-indication importante, surtout chez les sujets jeunes, constitue une médication vraiment spécifique de l'anxiété. Partout où nous rencontrons ce dangereux symptôme et particulièrement dans la démence précoce au début, il nous paraît légitime de renouveler une expérience aussi encourageante.

M. DESRUELLES. — A propos de l'intéressante observation que vient de nous donner M. Hamel, je crois utile de rappeler que les premiers essais de traitement des troubles mentaux par la vagotonine ont été faits par le P<sup>r</sup> Combemale et son élève Dechildre, et par Paul Abély. J'ai moi-même communiqué à la Société, il y a plus de deux ans, les résultats fort encourageants obtenus dans l'anxiété. J'ai continué depuis, et Mme Gardien-Jourd'heuil a apporté une contribution très importante à cette étude dans sa thèse : « La vagotonine dans les états anxieux ». Par l'étude fort soigneusement faite des réflexes oculo-cardiaques et solaires, on pouvait espérer déterminer à l'avance les cas d'anxiété qui pourraient bénéficier d'un traitement par la vagotonine. Je dois à l'amitié du P<sup>r</sup> Santenoise d'avoir pu traiter de nombreux cas d'anxiété par la vagotonine, et d'avouer qu'il n'est pas possible par l'état des réflexes neuro-végétatifs de déterminer les cas où cette thérapeutique est efficace. Il vaut mieux rester dans l'empirisme, parce qu'il intervient peut-être des « décharges d'adrénaline » qui modifient ces réflexes à tout moment.

Comme dans l'observation de M. Hamel, quand la vagotonine agit, elle agit souvent très vite et d'une manière évidente. Dès les premières piqûres, l'anxiété disparaît. Il est curieux de constater que lorsque l'anxiété s'accompagne de troubles délirants, on voit sous l'action de la vagotonine l'anxiété s'atténuer, alors que les idées délirantes persistent. C'est donc là une thérapeutique efficace et rapide de certains états anxieux.

**Nanisme achondroplasique ; Hyperorchidie : exhibitions et bestialité sadique, par MM. J. PICARD et G. MARQUET.**

Si l'état mental des achondroplasiques a fait l'objet d'études approfondies, quoique peu nombreuses, si les anomalies de la sphère génitale dans la grande majorité des cas sont apparues assez accusées pour constituer un trait spécial du comportement habituel de ces nains microméliques, nous ne pensons point qu'aucune observation ait marqué aussi nettement que celle que nous allons rapporter l'accent sur l'élément endocrinien fondamental de ces troubles de la croissance, et l'hyperorchidie plus spécialement.

Il est inutile de reprendre ici la description symptomatique de cette curieuse affection depuis que les travaux de Parrot et de Pierre Marie lui ont conquis son autonomie par rapport au rachitisme congénital. D'autre part, la comparaison des configurations



typiques de achondroplasiques avec la morphologie des bouffons de cour avait autorisé une certaine assimilation entre l'état psychique de ces sujets, du fait de la conservation de leur intelligence, de leurs tendances facétieuses, de leur activité ludique, en bref, de leur comique hypomanie : ce sont des achondroplasiques, le nain des festins de Véronèse et le « el primo » de Vélasquez. Une curiosité vive, un enjouement plaisant sont étonnamment constants chez ces malades, et le nôtre ne fait pas exception à cette règle. Il est rare, comme dans un cas récent de MM. Nové-Josserand et Romagny, d'observer des associations de myxœdème thyroïdien avec crétinisme. L'intérêt de notre cas, classiquement très pur, réside dans l'évidente prédominance des facteurs hypophyso-orchitiques et dans des réactions médico-légales précoces et insolites. Sans doute, le malade lascif et libidineux de Parhon et Shunda ne pouvait pas voir une femme sans se « friser les moustaches », celle de Lauze se livrait à des gestes obscènes et à une incoercible nymphomanie, celui de M. Apert se désolait des malheurs et des peines qu'il causait à sa femme par ses ardeurs génitales excessives, mais aucun dans la littérature ne fut entraîné à des délits sexuels.

OBSERVATION. — C'est à la suite d'un rapport médico-légal de l'un de nous dans une affaire d'outrage public à la pudeur que B... Maurice, alors âgé de 17 ans, fut interné en octobre 1933. De longue date il était de notoriété publique que le jeune B... présentait des perversions sexuelles rendant son séjour impossible dans aucune famille. Ce sont d'ailleurs les siens qui, de guerre lasse, en ont été en partie cause, par leurs plaintes. Ne pouvant le dominer, impuissants à obtenir son placement dans un établissement spécial, ils se sont résignés à la poursuite judiciaire, espérant ainsi le voir soit intimidé par la sanction pénale, soit placé dans une maison de redressement.

Les exhibitions publiques et répétées devant des femmes et des enfants, faits retenus par l'instruction, ne sont qu'une faible part des actes antisociaux habituellement accomplis par B... Aussi loin que l'on remonte dans son enfance, l'on retrouve des tendances précoces aux actes malins ou pervers : distrait à l'école, inattentif, instable, il s'en fait renvoyer à 10 ans parce qu'il se vante à ses camarades d'avoir des rapports sexuels avec une petite fille de son âge. L'instituteur confirme ces faits en ajoutant qu'il tenait ouvertement à ce sujet des propos « à faire rougir un soudard ». Notons en passant que dès cet âge il ne cherche pas à dissimuler, trouve cela tout naturel, s'en amuse, ne comprend pas la punition. Comme, placé par sa famille dans des fermes, il se fait invariablement renvoyer, elle s'efforce de le prêter à des personnes de confiance pour de menus travaux en échange de sa nourriture. Il continue de se promener

déculotté devant les servantes, de se masturber au vu de tout le monde, de souiller de sperme le linge intime des femmes par ruse. Sa malignité le pousse bien aussi à détériorer des objets, à jeter des œufs pourris sur l'automobile de son patron, à déclarer qu'il va se divertir à mettre le feu sous le lit de la bonne et qu'il voudrait bien voir flamber la maison ; mais sa prédilection l'incite, faute peut-être



On remarquera, quoique cette photographie ait été prise après le traitement opothérapique, les malformations typiques des membres, la grosseur de la tête, le développement génital, de même que l'expression enjouée de ce nain.

de pouvoir satisfaire autrement ses désirs, à des actes de bestialité plus ou moins sadique : il tente et réalise des rapprochements avec les vaches accroupies ou couchées, au besoin juché sur une brouette en raison de sa petite taille ; s'il a parfois blessé des vaches à coup de fourche, c'est, dit-il, parce qu'elles l'avaient provoqué par leur coup de queue ou de pied ; de même pour une truie qui ne survécut point à ses outrages et à ses sévices. Passant enfin de l'étable et de la porcherie à la basse-cour, on le surprend bien souvent en train d'assouvir ses orgasmes avec les poules et les lapines, ce qu'il reconnaît très

complaisamment, sauf toutefois pour ces dernières. Il ne cache pas le plaisir qu'il ressentait dans l'accomplissement de ces obscénités, tout en obéissant à ce besoin impérieux quoique non obsédant, et tout en regrettant de façon apparemment sincère de déplaire de la sorte à ses parents.

Quoique l'onanisme du sujet se soit révélé très précocement (vers la 9<sup>e</sup> année) et ait revêtu un type d'hyperorchidie continue, il semble que l'évolution génitale de cet achondroplasique se soit émaillée de véritables paroxysmes hyperorchidiques assimilables aux syndromes étudiés par Carnot et Baufle. Le système génital est très développé et l'a été de fort bonne heure ; les testicules bien descendus sont volumineux ; le pénis de forte taille. Les caractères sexuels secondaires sont très accusés : expression et voix viriles, ébauche de barbe (rasée sur la photographie), toison pubienne abondante.

*Antécédents.* — Rien de bien notable à ce point de vue. Il n'existe pas d'achondroplasique parmi les ascendants ou les collatéraux, ni de géants, ni d'acromégales. Aucune tare héréditaire, aucune notion de psychopathie familiale. Une tante maternelle de B..., de conduite plutôt légère, fut placée dans sa jeunesse dans une maison de redressement.

Notre petit malade aurait, quant à lui, présenté des convulsions fréquentes et nombreuses à l'âge de deux ans, en suite de quoi il se serait mal développé, ce qui laisse à penser qu'une atteinte centrale ait pu se produire à cette époque. Par la suite, il a présenté une rougeole bénigne.

*Examen morphologique.* — C'est à un véritable nain que nous avons à faire, à un nanisme microrhizomélique. La tête énorme est disproportionnée pour le reste du corps ; le tronc est normal malgré l'aplatissement du dos, l'ensellure lombaire et la proéminence des fesses. Aucun chapelet costal n'est perceptible à la perception. Les bras sont tout courts par rapport aux avant-bras et les jambes cagneuses forment des parenthèses. La musculature est bien développée : c'est le petit athlète classique. Les examens radiographiques, faits par le D<sup>r</sup> Dubois, permettent de déceler les déformations de l'humérus avec hypertrophie épiphysaire et courbure de la diaphyse et la pathognomonique élévation du péroné jusqu'au niveau de la face articulaire du plateau tibial.

Les mensurations confirment ces données : la taille, qui était de 1 m. 25 à 17 ans, est maintenant à 21 ans et à la suite du traitement d'1 m. 34. Le pourtour de la tête est de 61 cm. La longueur du bras est de 21 cm., celle de l'avant-bras de 24 cm. La longueur des cuisses (32 cm.) par rapport aux jambes (29 cm.) est moins disproportionnée, mais il n'a pas été tenu compte de l'incurvation de ces dernières. Tel que, B... fait figure d'un petit homme grotesque, fortement virilisé, auquel une personne non avertie serait en peine de donner un âge exact. L'examen somatique ne permet de révéler aucune lésion des divers appareils. Les réactions humérales sont négatives. Le

corps thyroïde est de volume normal. Aucune bouffissure des traits n'est constatable.

*Examen mental.* — Deux caractères principaux frappent dans le psychisme de ce nain : une hypomanie enjouée ; du puérilisme accompagné d'une certaine instabilité du comportement. Ce serait toutefois une erreur d'attribuer à ce dernier symptôme la valeur d'une arriération intellectuelle. Sa faible et mauvaise fréquentation scolaire ne lui a pas permis un développement normal, mais à l'asile il a su s'adapter intelligemment et fait un excellent apprenti cordonnier. Enfin l'épreuve classique des tests Binet-Simon lui fixe un âge mental entre 12 et 15 ans. Très syntone, son affectivité n'est pas perturbée : il écrit souvent aux siens et manifeste de l'amour-propre dans son travail. Sa curiosité éveillée lui fait attendre avec impatience les séances de cinéma et ses préférences se marquent pour les films de voyages. Dans ses moments d'inoccupation cependant il témoigne du plus grand enfantillage : il lèche les vitres, s'amuse avec tout et rien, regrette parfois de n'avoir pas fait un clown. Aucune tendance au travestissement n'a été son fait.

*Essai de traitement.* — Sans espoir sérieux, nous l'avons soumis en décembre dernier à une série de six injections de vingt unités de lobe antérieur de l'hypophyse. Il mesurait au début du mois 1 m. 27. A notre grande surprise, en fin janvier, sa taille était passée à 1 m. 32, avec des poids respectifs de 44 à 46 kgs. Il mesure actuellement 1 m. 34 et pèse 47 kg. 200. Il est à noter qu'aucune excitation génitale n'a coïncidé avec ces modifications ; au contraire, les tendances à la masturbation ont paru diminuées.

A plus d'un égard, cette observation nous paraît fort instructive. Du point de vue séméiologique, c'est intentionnellement que nous avons parlé d'exhibitions et non d'exhibitionnisme. Dans ce cortège de perversions sexuelles, ces actes prennent la signification d'un érotisme excessif et ne sont ni limités dans leurs manifestations ni contraints dans leur mode d'apparition. La recherche voluptueuse procède de mobiles hédoniques qui se fortifient dans des plaisirs cruels. Cet hypervirilisme qui, ce qui n'est pas indifférent, ne s'est jamais traduit dans l'électivité de l'appétit génital, même dans les actes de bestialité que par une rigoureuse hétérosexualité, ne saurait, croyons-nous, ne point relever directement des crises d'une hyperendocrinie orchitique.

Cette hyperendocrinie va fort bien de pair avec les troubles de la croissance de l'achondroplasie. Dor et Maissonave avaient même pu obtenir une diminution de la taille en injectant de l'orchitine à des animaux. Mais il est possible que cette hyperorchidie soit, elle-même, sous la dépendance d'un hypofonctionnement du lobe antérieur de l'hypophyse, contrairement aux don-



nées qui veulent que l'hyperhypophysie antérieure soit stimulatrice des fonctions génitales, ce qui est surtout vrai pour les hormones féminines. Il est certain que, dans notre cas, le peu d'injections d'extraits du lobe antérieur qui ont été faites (et nous les continuerons) ont suffi à déclancher, en même temps qu'un processus ostéogénétique accéléré, une apparente diminution de l'ardeur génitale. Ainsi s'expliquerait, ce sur quoi l'un de nous a récemment insisté, l'hyposexualité des acromégaliques.

La notion de convulsions infantiles doit en outre être retenue chez cet achondroplasique : elles localisent le début des anomalies constatées, et, à défaut d'autres anamnestiques, plaident en faveur de la théorie toxi-infectieuse de la pathogénie de ces nanismes.

**Syndrome de délire aigu chez un prédisposé. Succès d'un traitement par le carbone intraveineux, par MM. J. PICARD et G. MARQUET.**

N'ayant d'autre intention par cette brève communication que d'attirer l'attention sur l'efficacité d'une méthode qui a déjà fait ses preuves dans d'autres domaines de la pathologie, nous voudrions, ce faisant, en montrant tout l'intérêt qu'on en peut tirer dans le traitement des psychoses infectieuses, inciter le plus grand nombre possible d'expérimentateurs à contrôler les résultats heureux que peut réserver la granulothérapie. L'idée nous est venue en effet d'étendre à la thérapeutique psychiatrique ce traitement qui nous avait réservé un succès inespéré dans une septicémie maligne (1). Nous espérons ultérieurement rapporter des résultats d'ensemble d'investigations qui, pour être infiniment satisfaisantes, demeurent fort limitées.

OBSERVATION. — Le malade B... Albert, qui fait l'objet de cette communication, âgé de 34 ans, a déjà été interné deux fois à l'Asile et présente un état congénital d'imbécillité avec des manifestations comitiales surajoutées lorsqu'il se livre à des abus de boisson. C'est un être primitif des plus frustes, qui par deux fois a été poussé, sous l'influence de l'alcool, à des délits sexuels des plus banaux. Dans le courant de l'existence, comme durant son service militaire, il se comportait bien tant que fermement dirigé et ses derniers patrons le considéraient comme un excellent travailleur. Aucun antécédent

(1) Septicémie entérococcique maligne. Endocardite. pleurésie séro-fibrineuse. Modes d'action du Carbone intraveineux. *Le Progrès médical*, 23 mai 1936.



spécial n'est connu. Au cours de ses séjours à l'asile, il a toujours fait figure d'un dégénéré chronique de bonne santé générale susceptible d'une activité utile. L'examen neurologique du sujet, que nous avons pu pratiquer dès 1933, a toujours été négatif, de même que les réactions humérales.

Brusquement, le 2 mai dernier, il se montre profondément troublé, tient des propos incohérents, s'enferme par moments dans un semi-mutisme. La température est normale ; l'état général sans modification. Il paraît obtus, égaré et, en vertu des anamnétiques comitiaux, l'on pense tout d'abord à un équivalent tout à fait inaccoutumé puisque depuis trois ans rien de semblable n'avait été constaté. L'agitation persiste les jours suivants ; il veut s'en aller, balance, comme certains idiots, sa tête à droite et à gauche, ne dort pas la nuit. Jusqu'au 7 mai, l'état mental s'aggrave. La confusion devient de plus en plus profonde. On doit le maintenir camisolé de façon presque continue. Un onirisme visuel terrifiant le harcèle : son lit est entouré de flammes, la maison brûle, le feu va le dévorer. Il fait de vains efforts pour échapper à la mort imminente. La langue devient très saburrale, les lèvres sont sèches, la soif est intense. La température monte le soir à 37°6. Tous les traitements sédatifs sont inefficaces. Du sulfate de soude administré dès le début puis du calomel restent sans effet.

Le 9 mai au matin, la température est à 39°, le soir à 39°2. Le tableau du délire aigu se précise. Des états de fureur entrecoupés de somnolence se déclenchent. L'onirisme visuel est aussi terrifiant. L'incohérence est maintenant complète. L'amaigrissement est rapide. Les réflexes sont exagérés. Les pupilles sont en myosis. La septicémie et le sérum glucosé sont inopérants.

Le 10 au matin, température : 39°7. Septicémie 20 cm<sup>3</sup>, sérum glucosé 250 gr., des tisanes sont absorbées. Température le soir : 39°4. Aggravation des précédents symptômes. Inégalité pupillaire : D > G.

Le 11, température le matin : 39°9. L'état mental est maintenant dominé par l'état général de plus en plus grave. Les yeux sont excavés et les paupières pleines de pus. Haleine fétide. Epistaxis. Constipation opiniâtre. Peau sèche. Pouls : 96. Signe de Kernig avec raideur du rachis. Abolition presque complète des réflexes ostéo-tendineux. Stupeur. Insensibilité. Impossibilité de toute alimentation même liquide. Vomissements.

Pas de signes de typhoïde. Rate normale. L'hémoculture et le séro-diagnostic, qui sont négatifs, le resteront par la suite. En raison des signes méningés, une ponction lombaire est pratiquée : tension position couchée : 26. Liquide clair. Albumine : 0,50. Pandy : négatif. Leucocytes : 2,6. Benjoin colloïdal : 00000.02220.00000. — Hyperglycorachie à 0,93 %.

Le diagnostic d'encéphalite psychosique est porté, mais le pronostic paraît si désespéré que le malade reçoit l'extrême-onction.

Le matin, une injection intraveineuse de carbone intraveineux de 5 cm<sup>3</sup> à 2 % a été pratiquée. Le soir même la température est tombée à 38°4. Le malade s'éveille légèrement et s'alimente un peu.

Le 12, la température est tombée à 37°5. Le mieux s'affirme. Les signes de méningisme persistent et le malade s'en plaint douloureusement lorsqu'il sort de sa torpeur. Les réflexes ostéo-tendineux restent diminués, comme la sensibilité. Le Babinski est indifférent. On constate, outre le Kernig, un signe positif de Bruzinski. L'inégalité pupillaire est toujours remarquable. Nouvelle injection de 5 cm<sup>3</sup> de carbone intraveineux. Le soir : 38°1. Pouls : 72. T.A. : 16,7 — une selle normale. — Urée sanguine : 0,78 par litre. Examen hématologique : hématies : 3.380.000. Leucocytes : 10.540, sans autre modification de la formule qu'une légère mononucléose à type de grands mononucléaires : 6.

Le 13, température : 37°4 le matin, 38° le soir. Le mieux persiste. Le malade, toujours stuporeux, peut s'asseoir un peu, la raideur de la nuque et du rachis ayant diminué. Il réagit mieux aux excitations extérieures. Continuation du même traitement par le carbone.

Le 14 : même état. Même traitement. Température : 38° le matin, 37°6 le soir. Nouvel examen du sang : hématies 4.480.000. Leucocytes 9.720. Formule leucocytaire normale mais éosinophilie légère : 9.

Le 15, température : 38°6. Etat général plus mauvais. Un abcès de fixation est tenté. La température monte le soir à 39°. La langue est rôtie. L'agitation reprend avec onirisme visuel et auto-accusations délirantes.

Le 16, température : le matin 40°, le soir 40°5. Pouls 98. Langue fuligineuse. Retour des symptômes méningés. Nouvelle injection de carbone et de 500 cm<sup>3</sup> de sérum glucosé.

Le 17, température : 38°6 le matin, 39° le soir. Nouvelle injection de carbone. Apparition d'une escharre sacrée. Diminution des réflexes ostéo-tendineux. Phénomènes parétiques des membres inférieurs.

Le 18. Le matin 40° ; le soir 38°2. Même traitement. La fièvre peut être attribuée à l'abcès de fixation qui d'ailleurs n'évoluera pas. Le carbone n'est plus injecté que tous les deux jours.

Les jours suivants les phénomènes s'amendent tout à fait. La stupeur diminue. Les signes méningés disparaissent les premiers. La température, après deux oscillations à 38°2, redevient normale. L'inégalité pupillaire disparaît. Les phénomènes parétiques rétrocedent. L'escharre se cicatrise.

Le malade encore déprimé s'anime et ne délire plus. Il peut être considéré comme convalescent malgré la surveillance qui s'impose encore. Toutefois il persiste le 22 une hyperglycorachie à 0,70.

Nous eussions pu nous étendre longuement sur ce cas : le diagnostic s'impose. Tout laissait à prévoir une évolution rapide vers

la mort. Les injections de carbone intra-veineux ont semblé, après échec des autres médications, opérer une véritable résurrection du malade, supprimer la pyrexie, faire rétrocéder les symptômes nerveux. L'efficacité de cette méthode dans un délire aigu soulignerait, s'il en était besoin, l'origine vraisemblablement infectieuse des délires aigus des encéphalites psychosiques.

Mlle CULLERRE. — Dans un cas d'encéphalite azotémique, le carbone ne nous a rien donné. Il est vrai que l'intensité des troubles était extrême et que le malade était à l'agonie quand on nous a appelée auprès de lui.

La séance est levée à 19 heures 20.

*Le secrétaire des séances,*

Paul ABÉLY.

---

# SOCIÉTÉS

---

## Société de Neurologie de Paris

---

*Séance du Jeudi 7 Mai 1936*

---

**Présidence : M. TINEL, président**

---

**Les troubles labyrinthiques dans les tumeurs du cervelet  
et du IV<sup>e</sup> ventricule, par MM. AUBRY et Jean LEREBoullet.**

Les auteurs ont étudié les troubles labyrinthiques dans 24 cas de tumeur du cervelet et du IV<sup>e</sup> ventricule, vérifiés anatomiquement. Ils ont constaté que la symptomatologie labyrinthique obéissait aux règles générales de la symptomatologie nerveuse. Dans les tumeurs situées loin des centres vestibulaires, l'appareil cochléaire est normal et il n'existe aucun signe vestibulaire central spontané, aucun signe vestibulaire de déficit aux épreuves ; au contraire, dans les tumeurs comprimant ou envahissant la zone vestibulaire, on observe des symptômes de déficit : atteinte de l'appareil cochléaire, signes vestibulaires spontanés donnant lieu à un syndrome vestibulaire central typique, symptômes d'inexcitabilité vestibulaire. Ces symptômes de déficit, qui localisent la lésion au voisinage immédiat des centres bulbaires, ont une valeur pronostique défavorable.

**Tumeur du rachis secondaire à un kyste du thorax,  
par MM. Th. de MARTEL, GUILLAUME et THUREL.**

**Réaction myotonique isolée des fléchisseurs de la main,  
par M. G. HEUYER, M<sup>me</sup> ROUDINESCO et M<sup>me</sup> LESUEUR.**

Il s'agit d'une fille de 16 ans ayant une réaction myotonique isolée des fléchisseurs des mains et des doigts.

La percussion d'un certain nombre de muscles provoque une contraction

rapide, suivie d'une décontraction lente (éminence thénar, jambier antérieur, deltoïde, trapèze).

L'examen électrique révèle une réaction myotonique-type pour les grands palmaires.

L'absence de signes associés ne permet pas d'affirmer avec certitude l'étiologie de cette myotonie isolée.

#### **Syndrome adiposo-génital. Traitement spécifique. Guérison,** par MM. J. LHERMITTE et ALBESSAR.

Un jeune garçon de 13 ans présente une aplasie sexuelle avec adiposité du type cérébral, compliquée de polyurie, polydipsie, polyphagie, somnolence diurne, asthénie, arrêt du développement intellectuel. La radiographie de la selle turcique ne décèle rien d'anormal sauf une pachybasie sellaire. La réaction de Bordet-Wassermann est négative. Malgré l'absence d'indication étiologique, le traitement spécifique est institué. Cinq mois après, le malade est amélioré et, à la fin de la première année, la transformation est complète. Un an et demi après le début du traitement, la guérison est complète. Il faut ajouter que l'opothérapie mixte fut associée à la médication spécifique, mais le défaut de toute démonstration de l'efficacité de l'opothérapie dans le syndrome de Frohlich permet aux auteurs de penser que, dans ce cas, la guérison doit être attribuée à la médication spécifique.

#### **Etat des réactions vestibulaires dans l'intoxication éthylique chronique,** par MM. J. A. BARRÉ et O. METZGER (de Strasbourg).

Les auteurs rapportent le résultat des observations cliniques et instrumentales qu'ils ont poursuivies chez soixante éthyliques avérés dont 39 étaient atteints de polynévrite éthylique à des degrés variés.

D'une façon générale, ils peuvent formuler qu'il n'existait aucun des signes cliniques classiques d'excitation anormale de l'appareil vestibulaire. Par contre, dans 40 cas, c'est-à-dire dans 66,6 0/0 des cas, l'épreuve rotatoire était franchement troublée dans le sens d'une hypo-excitabilité de degré variable (nystagmus post-rotatoire de 15" au maximum jusqu'à l'abolition complète). L'hypo-excitabilité calorique, constatée dans quelques cas, coïncidait avec l'hypo-excitabilité rotatoire beaucoup plus fréquente. La réaction galvanique fut toujours normale.

Il est important de savoir qu'un nerf sensoriel est fréquemment atteint par l'alcool quand il y a polynévrite ou même en dehors d'elle ; que les polynévrites éthyliques observées jusqu'à maintenant par les auteurs ne modifient pas le réflexe post-rotatoire ; que certains éthyliques dont on examine l'appareil vestibulaire à l'occasion de raisons variées (traumatismes, etc.), peuvent avoir de l'hyporéflexie rotatoire qui revient à l'intoxication éthylique ; que la lésion qui conditionne ce trouble doit siéger à l'extrême périphérie du nerf vestibulaire, dans le labyrinthe postérieur.

En plus de déductions pratiques, ces résultats apportent des documents qui pourront servir à comprendre mieux le mécanisme des épreuves rotatoire et galvanique.

*Discussion :* M. LHERMITTE pense que le cervelet plus que le vestibule est atteint dans l'alcoolisme aigu. Il croit en outre que ce n'est pas l'alcool



lui-même qui joue un rôle dans les polynévrites d'origine alcoolique, mais peut-être d'autres toxines, en particulier hépatique, produite par celui-ci.

M. THOMAS est du même avis quant à l'origine de ces polynévrites, car il a toujours trouvé des lésions hépatiques dans ces cas.

#### **Tumeur angiomateuse du bulbe et du cervelet, par M. DAVID.**

L'auteur présente une malade, ayant été atteinte d'une tumeur angiomateuse multiple du cervelet et de la partie inférieure du bulbe, dont l'ablation fut suivie d'une ataxie marquée, avec troubles du sens stéréognostique en voie d'amélioration.

#### **De l'importance de l'œdème cérébral dans les traumatismes crâniens, par M. PUECH.**

L'auteur rapporte le cas d'un enfant de 18 mois, qui, à la suite d'un traumatisme, a présenté des crises Bravais-Jacksoniennes avec hémiplégie gauche. A l'intervention, pratiquée dans la croyance en l'existence d'un hématome de la zone de Gérard Marchand, l'auteur a constaté l'intégrité de cette zone et l'existence d'un œdème cérébral très marqué, amélioré pendant l'opération.

*Discussion :* M. PETIT-DUTAILLIS rappelle avoir publié un cas semblable à la *Société de Chirurgie* et fait remarquer que la ponction lombaire, dans ce cas-là, ne donne aucun résultat.

M. LHERMITTE rapporte le cas d'un adulte qui, à la suite d'un traumatisme, est mort d'un œdème cérébral découvert à l'autopsie.

#### **Le ramollissement laminaire de l'écorce cérébrale. Ramollissement partiel localisé à la III<sup>e</sup> ou à la V<sup>e</sup> couche. Ses rapports avec la disposition vasculaire du cortex, par MM. Th. ALAJOUANINE et Th. HORNET.**

Au niveau du cortex cérébral on peut trouver, en dehors des lésions globales, certaines lésions qui se localisent à une de ses couches cellulaires en respectant les autres. Les lésions les plus connues sont les altérations des cellules nerveuses avec conservation des autres éléments.

Les auteurs décrivent, à propos d'un cas, de véritables ramollissements intra-corticaux, localisés soit à la III<sup>e</sup> couche, soit à la V<sup>e</sup>, tandis que les cellules nerveuses situées au-dessus et en-dessous restent normales.

Le ramollissement laminaire a une importance pour la compréhension de la disposition vasculaire de l'écorce et est en faveur de l'existence des réseaux autonomes fonctionnellement pour chaque couche cellulaire.

Dans la clinique on peut se demander si l'atteinte d'une couche cellulaire, ne donne pas des symptômes différents de celles de l'atteinte globale de l'écorce.

Maurice LECONTE.

## Société de Médecine légale de France

---

*Séance du 11 Mai 1936*

---

**Présidence : M. LECLERCQ, président**

---

**Une autoéviscération considérée comme un crime, par M. TRIQUENEUX.**

M. Triqueneux rapporte le cas d'une cabaretière qui se suicida d'une étrange façon. Le corps de cette femme fut découvert sur le parquet de son logis, portant une plaie de l'abdomen de 21 cm. de long, avec un très large délabrement de la paroi. Sur une table voisine on trouva une volumineuse masse de viscères, pesant 1.550 grammes et composée de sept fragments d'épiploon, de deux fragments d'intestin grêle et de mésentère dilaté. On crut d'abord à un crime, mais l'enquête permit d'établir qu'il s'agissait d'un suicide exécuté par une alcoolique présentant un délire mélancolique et craignant d'avoir à subir une opération abdominale. Elle avait déclaré auparavant : « Je ferai le travail moi-même ». M. Triqueneux insiste sur l'importance des lésions abdominales, sur la possibilité pour un individu de pratiquer sur lui-même d'aussi cruelles mutilations et sur la durée considérable de la survie.

FRIBOURG-BLANC.

---

## Société de Médecine Mentale de Belgique

---

*Séance du 25 Avril 1936*

---

**Présidence : M. VERMEYLEN, président**

---

**Contribution à l'étude du syndrome dénommé : « mains et pieds en fourche », par MM. G. MUYLE et R. BATSELAERE.**

Les auteurs rapportent deux nouveaux cas de ce complexe symptomatique, dont il existe, décrits dans la littérature, une centaine de cas, observés dans environ cinquante familles.

Il s'agit de deux sujets masculins, cousins sous-germain, âgés respec-

tivement de 51 et de 23 ans, oligophrènes restés sans descendance et comptant parmi leurs collatéraux plusieurs malades mentaux. Outre une combinaison d'ectro-, de clino- et de syndactylies aux quatre extrémités, ils présentent des malformations osseuses du crâne, de l'ostéoporose, des troubles trophiques des ongles.

De l'étude très complète de leurs cas personnels et des données de la littérature, les auteurs retiennent : 1° la transmission de l'anomalie par l'homme, qui est plus fréquemment atteint que la femme ; 2° le caractère dominant de la dystrophie dans un grand nombre de cas ; 3° dans une même famille, l'atteinte prépondérante des aînés ; 4° l'atteinte plus fréquente des mains et plus profonde des pieds ; 5° l'absence fréquente de symétrie dans le caractère des lésions à droite et à gauche ; 6° l'atteinte prépondérante du second rayon digital, quand l'ectrodactylie ne se limite pas au troisième ; 7° l'atteinte du premier rayon digital quand il y a ectrodactylie marginale ; 8° la fréquence des tares dégénératives familiales, de l'oligophrénie et des malformations squelettiques associées, notamment au niveau du crâne.

#### **Sur la teneur du sang en tryptophane dans les maladies mentales,** par MM. MASSAUT et MATHIEU.

L'intervention probable des acides aminés et notamment du tryptophane dans la pathogénie des processus d'amyloïdose cérébrale, ont conduit les auteurs à doser ce corps dans le sang de 25 malades mentaux, comprenant 6 cas de démence sénile et 19 cas divers (imbécillité, démence précoce, alcoolisme, mélancolie). Le principal résultat de cette recherche est que les taux de tryptophane les plus élevés ont été rencontrés chez les sujets atteints d'hypertension artérielle, quelle que soit la maladie mentale dont ils sont atteints. L'amyloïdose cérébrale ne serait donc pas en rapport avec un trouble général, mais il se peut qu'elle dépende d'un trouble humoral local.

#### **Cholestéatome du cervelet, par M. P. DIVRY.**

Il s'agit d'un malade dont l'affection évoluait depuis de nombreuses années. Depuis 1925, l'attitude particulière de la tête avait fait songer au diagnostic de syndrome de Klippel-Feil ; puis l'éventualité d'une tumeur de l'hypophyse avait été envisagée. Le malade fut perdu de vue, mais l'autopsie put néanmoins être pratiquée récemment et révéla une énorme tumeur cérébelleuse formée de nodules juxtaposés contenus dans une coque d'aspect nacré, caractéristique du cholestéatome. L'examen histologique confirme ce diagnostic en montrant les trois couches, conjonctive, épithéliale et cornée, dont la première résulte de la réaction du tissu environnant.

#### **Maladie de Dercum avec troubles mentaux prédominants,** par MM. VERMEYLEN et HEERNU.

Présentation d'une malade chez laquelle on vit se développer, au cours de l'évolution d'un syndrome mélancolique attribué à la ménopause, un énorme bourrelet graisseux abdominal, très douloureux à la palpation. La malade fait partie d'une famille de sujets généralement obèses, mais elle est la seule qui présente les symptômes de l'adiposité douloureuse.

L'asthénie et la dépression psychique confirment le diagnostic de maladie de Dercum.

Les auteurs discutent le rôle des épisodes fébriles dans l'apparition de cette forme d'adiposité, et signalent qu'un traitement au dinitrocrésol a été bien supporté bien que la malade fut atteinte également de diabète.

J. LEY.

---

## Société Belge de Neurologie

---

*Séance du 25 Avril 1936*

---

Présidence : M. P. ENDERLÉ, président

---

**Ictus apoplectiforme suivi d'acalculie avec dyslexie et dysgraphie, sans aucun autre trouble de la série aphasique, chez un polyglotte, par M. Jacques LEY.**

Présentation d'un malade de 59 ans, qui, à la suite d'un léger ictus, se trouva totalement incapable de manier les chiffres et avait oublié jusqu'aux résultats les plus élémentaires de la table de multiplication. A côté de cette acalculie totale il existait des troubles paralexiques et paragraphiques, à peu près équivalents dans les quatre langues que le malade connaît.

Au point de vue neurologique : légère hémiparésie droite et légère dysarthrie aux mots d'épreuve ; pas d'apraxie, pas d'hémianopsie. L'ensemble du syndrome est actuellement en voie d'amélioration.

L'intérêt du cas réside dans le fait qu'à aucun moment le sujet n'a présenté le moindre trouble aphasique proprement dit : pas d'oubli du vocabulaire, de paraphrasie ni de troubles gnosiques, auditifs ou visuels, intégrité de la mémoire et de l'intelligence générale.

**Syndrome protubérantiel, par MM. H. BAONVILLE, M. MOREAU et J. TITECA.**

Présentation d'un homme de 54 ans, atteint de syphilis, qui à la suite de plusieurs ictus fut atteint d'hémiplégie alterne : paralysie des membres du côté droit et paralysie faciale gauche de type périphérique. Plus tard il fit une hémiparésie gauche et présenta des mouvements choréiques à grosse amplitude dans le bras droit, des troubles de la phonation, de la déglutition et des réactions labyrinthiques à gauche. Les sensibilités sont normales ; il existe de gros signes pyramidaux, notamment un clonus inépuisable de la main et un réflexe palmo-mentonnier. Des crises de rire et de pleurs spasmodiques et des troubles mentaux sont venus compliquer le tableau.

**Tumeur épiphysaire ; envahissement des ventricules cérébraux,**  
par M. J. DE BUSSCHER.

Etude anatomo-clinique du cas d'une jeune fille de 26 ans qui se présentait, au début de son affection, comme une névropathe, et chez laquelle on vit évoluer un syndrome cérébelleux droit typique, mais sans nystagmus, avec ultérieurement des signes d'hypertension intra-cranienne.

L'intervention simplement décompressive sur la fosse postérieure fut suivie d'un décès subit, probablement par engagement du lobe temporal.

L'autopsie révéla l'existence d'un vaste pincéloblastome ayant proliféré à la manière d'un médulloblastome, par simple refoulement des tissus cérébraux, vers la région hypothalamique, et par les trous de Monro, vers les ventricules latéraux.

L'auteur insiste sur l'absence complète de toute symptomatologie pinéale, ou même para-pinéale, au profit d'un syndrome cérébelleux droit, et sur le caractère décevant de cette dissociation anatomo-clinique, déjouant tout effort diagnostique.

**Deux observations anatomo-cliniques de maladie de Landry,**  
par M. CALLEWAERT (fils).

Il s'agit de deux cas de syndrome de Landry à évolution rapide sans épisode fébrile, mais avec réaction méningée dans le second cas.

L'examen anatomo-clinique montre que le premier cas réalisait le type polyomyélitique de l'affection, le second le type de myélite transverse. La cause de ces myélites ascendantes diffuse reste obscure.

**Sclérose latérale amyotrophique à début bulbaire,**  
par MM. J. MOLDAVER et J. TITECA.

Les auteurs attirent l'attention sur la forme bulbaire de la sclérose latérale amyotrophique qui peut prêter au début à des difficultés de diagnostic. Il s'agit d'un homme de 41 ans, chez lequel l'unique symptôme morbide fut pendant plusieurs mois une paralysie labio-glosso-laryngée, ayant débuté brusquement. Le tableau clinique ne s'est complété que six mois plus tard, par l'apparition de troubles amyotrophiques et spasmodiques des membres.

**Méningite pneumococcique traumatique, par M. EVRARD.**

Discussion du mécanisme de l'infection dans un cas de méningo-encéphalite à pneumocoques chez un garçon de 14 ans ayant des antécédents d'otite, et chez lequel la méningite apparut à la suite d'un traumatisme cranien. La survie ne fut que de 4 jours.

J. LEY.



# ANALYSES

---

## LIVRES, THÈSES, BROCHURES

---

### PSYCHOLOGIE

**L'Ironie**, par Vladimir JANKÉLÉVITCH, (1 vol., in-16, 152 pages, in *Nouvelle Encyclopédie Philosophique*, Félix Alcan édit., Paris 1936).

Il est une ironie élémentaire qui se confond avec la connaissance et qui est, comme l'art, fille du loisir. L'ironie est bien trop morale cependant pour être vraiment artiste, comme elle est trop cruelle pour être vraiment comique. Dans un premier chapitre de ce très intéressant ouvrage, étudiant successivement l'ironie socratique, interrogeante, dont Socrate est mort après avoir anéanti la sécurité trompeuse des fausses évidences, et l'insolence cynique d'un Diogène, M. Jankélévitch fait remarquer d'abord que le cynisme est toujours au bout de l'ironie. C'est une ironie frénétique, le dilettantisme du paradoxe et du scandale. Et tandis que l'ironie socratique conteste seulement l'utilité et la certitude d'une science de la nature, au début du XIX<sup>e</sup> siècle l'ironie romantique conteste l'existence même de la nature.

La conscience peut être considérée comme une ironie naissante, un sourire de l'esprit. La conscience ironique badine sur les choses mais n'est pas tout à fait consciente tant qu'elle est dupe d'elle-même. L'ironie est une activité spirituelle infinie et la conscience en devient le propre sujet. Car l'ironie sur soi est le résultat de l'« économie », ensemble des aménagements temporels qui servent à « normaliser » notre tragédie intérieure, et de la « diplomatie » par l'art d'effleurer qui résume les ruses de l'ironie. Multiple et déliée, semblable à l'esprit de finesse, l'ironie freine notre logique affective ; elle est la souplesse, c'est-à-dire l'extrême conscience, et nous rend attentifs au réel. Elle mesure tout le chemin parcouru de l'instinct guindé à la subtile intelligence. Le progrès de l'ironie va du même pas que le progrès de la conscience. L'ironie, c'est la liberté. C'est aussi la gaieté un peu mélancolique que nous inspire la découverte d'une pluralité. Il faut choisir entre l'intimité et la justice : ironiser, c'est choisir la justice.

Après avoir ainsi décrit le « genre » de l'ironie, l'auteur différencie les « visages » de l'ironie et recherche comment l'on peut distinguer la « réflexion moqueuse » de la « réflexion sérieuse ». L'ironie est une certaine façon de s'exprimer. C'est une variété de l'allégorie. C'est l'arabesque, c'est un jeu avec les extrêmes, le mouvement dialectique qui relie les deux termes les plus opposés d'une série. Tandis que l'hypocrite est un méchant qui veut paraître bon, on pourrait dire que l'ironiste est plutôt le bon qui se donne l'air méchant. C'est une simulation plutôt qu'une dissimulation. Comme toute activité de jeu, elle double la conduite sérieuse d'une conduite seconde qui s'organise dans le loisir et la récréation. Mais elle est intermédiaire entre le sérieux du vécu et la gratuité des vains amusements. Elle prend pour matière les innombrables mensonges du moi et de la société. Elle doit être tenue pour la médication spécifique du scandale.

L'ironie, c'est l'imprévu et c'est le paradoxe. Par elle le lourd devient léger et le léger ridiculement grave. Sa forme naturelle est la litote. Elle ne veut pas tant exprimer que suggérer. Il y a un silence ironique, tel le silence de Socrate devant ses accusateurs. Comme la pensée mystique, l'ironie est infiniment taciturne. Elle est laconique, discontinue. Le silence, la réticence et l'allusion lui composent un visage bien à part. Elle sait qu'on n'a pas besoin de tout dire et que, d'ailleurs, l'esprit est inépuisablement riche, beaucoup plus riche que le langage. Non seulement elle abrège, mais elle morcelle. Elle nous préserve des routines, nous garde souples et alertes en nous pliant à de douloureuses réadaptations. Elle crible de ses fléchettes acérées le manteau de nuages dont s'enveloppe le pathos. Elle décourage la vaine prolixité.

Mais l'ironie a aussi ses dangers et ses pièges. Il est une ironie sociale faite de railleuse urbanité et dont la sanction est le rire, ironie classique, celle de Socrate, de Voltaire, de notre XVIII<sup>e</sup> siècle en général. Mais il en est une autre, lyrique et romantique, qui n'a pas envie de rire et qui exalte, au contraire, la solitude du moi. D'ailleurs si l'ironie fait rire, c'est sans avoir envie de rire. Elle est moqueuse, mais sombre. Elle n'a pas davantage envie de pleurer. Triste et moqueuse, gaie et mélancolique, très capiteuse et très froide, elle est, selon Henri Heine, semblable à un champagne glacé où s'unissent deux climats contraires. Elle est au delà du pessimisme et de l'optimisme comme elle est au delà du plaisir et de la douleur.

Jouant avec le feu, dupant les autres, elle se dupe parfois elle-même. Comme le cynique, l'ironiste, trop assuré de sa propre indifférence, devient alors un trompeur trompé. Un vertige l'entraîne : il se prélassé « sur la litière dorée des songes ». Trop légère, trop intelligente, impondérable, l'ironie risque aussi de se condamner elle-même à la stérilité. Le « désintéressement » ironique, hésitant, plus tolérant que généreux, mène à l'isosthénie aussi bien par le scepticisme que le relativisme. N'acceptant aucune limite, voulant régner sur tous les possibles, l'ironie ne régnera que sur des fantômes.

Enfin, si l'ironie est le sens du détail, c'est aussi la pensée de l'universel. Elle développe en nous la conviction que le tout est aussi nécessaire que le détail est contingent. C'est l'optimisme du pessimisme. Ironiser, c'est donc comprendre et s'élargir pour résorber le « sporadisme » de l'évolution et les désharmonies de l'existence. L'ironie observe mille nuances que la moquerie sommaire ne connaît pas : car celle-ci est une gaieté selon la lettre, et celle-là une gaieté selon l'esprit. Elle joue un rôle capital

dans notre perfectionnement intérieur. C'est un des visages de la pudeur. Elle cache un grand fond de sérieux.

René CHARPENTIER.

**La gratitude chez les enfants et les adolescents** (Die Dankbarkeit bei Kindern und Jugendlichen), par Franziska BAUMGARTEN, avec la collaboration d'H. NOBS. Fasc. de 106 pages, A. Francke édit., Berne, 1935.

Cette étude est la deuxième d'une collection éditée par l'auteur : Contributions aux recherches sur le caractère et la personnalité. Elle aborde un domaine psychologique peu exploré jusqu'ici, dans lequel les recherches expérimentales notamment sont inexistantes. L'auteur a voulu combler cette lacune, il a apporté une contribution importante aux études de psychologie infantile, d'un grand intérêt au point de vue caractérologique et pédagogique.

Plus de 1.000 élèves des écoles primaires et secondaires bernoises ont été soumis à plusieurs épreuves concernant la gratitude provoquée, le sentiment spontané de gratitude, les rapports de la gratitude avec d'autres contenus psychiques. Pour les détails de technique, il faut se référer au texte original. Les résultats sont schématisés dans de nombreux graphiques : fréquence des différentes formes de gratitude identifiées, par rapport au sexe, à l'âge, au milieu scolaire, au développement scolaire, relations avec les désirs, l'intérêt, les facultés de comprendre la situation et d'établir avec elle un rapport affectif adéquat.

Nous reproduisons textuellement les conclusions, réponses aux questions soulevées dans les chapitres successifs : La gratitude paraît être, dans une large mesure, un sentiment inné. Elle est rencontrée, sous toutes ses formes, déjà chez de jeunes enfants. La gratitude est un sentiment complexe, composé des éléments suivants : a) plaisir procuré par le bienfait reçu ; b) reconnaissance de la personne du bienfaiteur ; c) tendance à rendre le bienfait sous une forme quelconque. La forme de la gratitude considérée comme la plus élevée, celle qui s'inspire de sentiments de lien affectif et social (Bindungsdank), a été rencontrée chez les plus jeunes enfants examinés. 4 formes de gratitude ont été identifiées : 1) verbale ; 2) matérielle (Sachdank) ; 3) affective-sociale (Bindungsdank) ; 4) utilitaire (zweckdienlicher Dank), dont la manifestation profite au sujet reconnaissant lui-même ou au désir réalisé. On peut parler de formes primitives de la gratitude en ce sens que certaines formes : affective-sociale et utilitaire, sont plus fréquentes chez les enfants âgés. La forme affective sociale, dont la fréquence augmente avec l'âge, apparaît comme une forme d'évolution. Dans chacune des 4 formes identifiées, on distingue 2 types d'expression : le type expansif, riche en manifestations, et le type pauvre en manifestations. Des différences appréciables sont notées entre les deux sexes. La forme affective-sociale est observée plus fréquemment chez les filles, son développement diffère dans les deux sexes. La gratitude dépend dans une large mesure des sentiments sociaux ; elle est fonction des sentiments sociaux et du sentiment de justice ; mais elle dépend aussi de la compréhension, de l'intelligence. La gratitude est donc dans une certaine mesure éducable, une meilleure compréhension permettant de mieux apprécier une situation déterminée et de manifester une reconnaissance plus adéquate.

E. BAUER.

## PSYCHIATRIE

**La schizophrénie et les états schizoïdes dans le milieu militaire**, par le Dr Paul FAVERET. *Thèse*, 123 pages, Bosc et Riou édit., Lyon 1935.

Dans ce travail, l'auteur s'est proposé d'examiner dans quelles mesures et dans quels cas les schizoïdes sont adaptables à l'armée et quelles influences psychologiques peut produire sur eux le milieu militaire, mais au préalable il a abordé la question suivante : lorsqu'une schizoïdie constitutionnelle évolue vers la schizophrénie chez un militaire, sous quelles conditions cette transformation est-elle imputable au service ?

En principe, l'évolution d'une schizoïdie constitutionnelle vers la schizophrénie, à l'occasion du service militaire, ne saurait être imputée à celui-ci. Si, en effet, le début de la schizophrénie coïncide souvent avec l'âge du service militaire, il ne s'agit que du début apparent et le service militaire se borne souvent à révéler une métamorphose morbide déjà commencée, mais masquée par des circonstances sociales favorables.

Dans son second chapitre, l'auteur envisage les cas de schizoïdie constitutionnelle pour lesquels l'exclusion de l'armée lui semble indispensable et pour ces inadaptables il propose la classification suivante : 1) Etats schizoïdes susceptibles d'évoluer vers la schizophrénie ; 2) Etats schizoïdes présentant des troubles intellectuels surajoutés (débilité mentale, coloration paranoïde) ; 3° Etats schizoïdes présentant des nuances affectives spéciales (boudeurs à type pseudo-pervers, psychasthéniques).

Par contre, les véritables schizoïdes, dont la constitution est pure, peuvent s'adapter au milieu militaire grâce à des mesures spéciales de protection, qui varient selon les cas individuels. Lorsqu'il n'existe pas de facteurs psychologiques pré-établis, qui rendent l'adaptation impossible, l'armée de métier constitue une carrière très favorable pour les schizoïdes équilibrés et adaptés dont l'apragmatisme se trouve protégé ; souvent, d'ailleurs, ceux-ci s'engagent parce qu'ils ont conscience de leur fragilité affective.

D'une façon générale, l'étude médico-militaire des constitutions psychopathiques est indispensable, non seulement pour découvrir les sujets inadaptables à l'armée, mais aussi pour faciliter l'adaptation des petits psychopathes par une orientation militaire appropriée à chaque cas particulier.

E. LARRIVÉ.

**Les mesures de protection à l'égard des pervers qui s'engagent dans l'Armée**, par le Dr Georges FROMAGET. *Thèse*, 99 pages, Bosc et Riou édit., Lyon 1935.

Dans ce travail, l'auteur, après un rappel rapide de la définition clinique du pervers, examine comment celui-ci entre dans l'armée et les raisons pour lesquelles il ne peut s'adapter au milieu militaire.

C'est en général par engagement volontaire que les pervers entrent dans l'armée. C'est d'abord parce qu'ils envisagent deux avantages immédiats : la possibilité de choisir leur corps, l'obtention d'une prime importante. S'engager est parfois une nécessité, tant pour ceux qui se sentent « en plein dans la débîne » que pour les récidivistes qui ont peur de la « rélégalion ». La plupart voient dans le métier militaire une série de satisfactions d'amour-propre, une source d'aventures obtenues à bon compte. Pour d'autres, il

s'agit d'engagements imposés par une famille qui, désespérant de faire quelque chose d'eux, veut essayer de les faire « dresser au régiment ».

Mais il est facile de prévoir que ces gens qu'aucune force n'a fait plier, qu'aucune loi n'a fait obéir, ne s'adapteront pas plus à l'armée qu'ailleurs; mais ce qui est plus grave, l'armée subit de leur fait un grave préjudice.

Il y a donc un intérêt primordial à ce qu'un barrage soit établi et pour cela il est à souhaiter que des modifications soient apportées aux dispositions légales existantes. L'auteur souhaite, en particulier, que l'examen médical des engagés ne porte pas uniquement sur l'aptitude physique, que les enquêtes soient mieux orientées par un questionnaire plus précis et qu'elles soient réglementairement l'objet d'un avis médical. Mais surtout que l'engagement provisoire soit le mode unique de recrutement des engagés.

Mais pour parfaire l'œuvre de ces nouvelles mesures, il faudrait organiser dès l'âge scolaire le dépistage des pervers, réalisation qui n'a été réalisée que dans quelques grands centres. Il serait bon enfin que l'autorité militaire eût la possibilité de se procurer la copie de la notice médico-psychologique établie par les centres de triage des mineurs délinquants, lorsque son attention aurait été attirée sur le passé d'un candidat à l'engagement.

E. LARRIVÉ.

## HISTOIRE DE LA MÉDECINE

**Histoire illustrée de la Médecine**, par René DUMESNIL. *Préface* du Professeur Jean-Louis FAURE, de l'Académie des Sciences et de l'Académie de Médecine (1 vol. in-4°, 266 pages, avec 130 illustrations en héliogravure. *Editions d'Histoire et d'Art*. Librairie Plon, Paris, 1935).

Une histoire de la Médecine est, ainsi que l'écrit l'auteur, faite des explorations et des conquêtes de la raison sur la superstition, sur l'inconnu, sur l'indéterminé. Mais tout en empruntant chaque jour davantage aux sciences qui l'enrichissent perpétuellement de procédés et de moyens d'investigation ou de contrôle nouveaux, la médecine, sans se subordonner à ses auxiliaires, n'en est pas moins demeurée un art où la conscience et la valeur professionnelle du médecin gardent toujours leur rôle essentiel.

Dans ce beau volume, remarquablement illustré, et pour lequel le Professeur Jean-Louis Faure a écrit une remarquable préface, M. René Dumesnil, à la fois docteur en médecine et homme de lettres, nous donne une histoire générale de la médecine depuis l'Antiquité jusqu'à la clinique moderne, d'Hippocrate aux découvertes pastoriennes, histoire accessible non seulement aux médecins mais à tout « honnête homme ».

Cet intéressant ouvrage est divisé en quatre parties successivement consacrées à de clairs exposés sur la médecine antique, le moyen âge et la Renaissance, le dix-septième et le dix-huitième siècles, l'évolution de la médecine au XIX<sup>e</sup> siècle, à travers lesquels on peut suivre le cheminement de la raison, de la science, gagnant petit à petit, et souvent par tâtonnements successifs, du terrain sur l'empirisme. Car, conclut M. René Dumesnil, la médecine reste un art, mais un art dont les progrès se mesurent au caractère de plus en plus scientifique qu'elle acquiert en s'appuyant sur les sciences pour échapper à l'empirisme.

René CHARPENTIER.



## JOURNAUX ET REVUES

### NEURO-PSYCHIATRIE

**La Narcolepsie** (La narcolepsia) par Pasquale PENTA (Naples). *Rivista di neurologia*, août 1935, p. 456 à 511, octobre 1935, p. 536 à 590 et décembre 1935, p. 677 à 725.

Il s'agit d'une importante monographie de 200 pages où tous les problèmes que pose le syndrome de Géliveau sont envisagés. Ce travail n'est pas seulement une revue générale très complète, il apporte une contribution d'observations personnelles très intéressantes. L'auteur expose l'histoire clinique et biologique de dix cas longuement suivis et étudiés. La première observation est particulièrement digne d'intérêt. Il s'agit d'une narcolepsie pour ainsi dire « pure » ou « essentielle » survenue chez un jeune homme de 20 ans. En dehors des crises narcoleptiques il y avait des manifestations émotionnelles paradoxales et des accès de cataplexie, il existait également des représentations oniriques diurnes vivaces, quelques troubles oculomoteurs. Au point de vue somatique on a noté l'obésité, du tremblement à droite, l'éosinophilie, de la lymphocytose, une augmentation du taux de potassium dans le sérum sanguin enfin des signes d'irritation méningés. Signalons également le cas n° 6 : Syndrome de syphilis infundibulaire avec narcolepsie, cataplexie, rires incoercibles et infantilisme chez un hérédo. L'observation n° 8 contient aussi quelques traits curieux : chez un homme de 50 ans, accès de narcolepsie, de rire et d'hypotonie des membres inférieurs survenant surtout après les rapports sexuels ; syndrome médullaire congénital, déséquilibre électrolytique (hyperpotassémie).

L'auteur commence son étude d'ensemble par les phénomènes paroxystiques, de la narcolepsie : les crises de sommeil, la cataplexie, l'onirisme narcoleptique, les troubles du sommeil nocturne. L'étude que Penta consacre à la cataplexie, étudiée chez nous par Lhermitte et ses élèves, est particulièrement importante, notamment en ce qui concerne l'association de ces crises de chute du tonus avec les accès de rire. Il faut aussi noter le passage (p. 553 à 567) où l'auteur envisage les troubles hypnagogiques et du réveil et notamment les hallucinoses pédonculaires, les phénomènes parétiques et les troubles du schéma corporel. Le paragraphe consacré aux processus dissociatifs du sommeil envisagés comme inhibition des réflexes corticaux, contient une intéressante discussion du travail de Levin (1933) et une critique non pas de la notion mais des faits de « sommeil localisé ». M. Penta rapporte ensuite quelques observations de narcolepsie héréditaire au sujet desquels il invoque des facteurs « prédisposant ou préparant ». Reprenant l'ensemble de ses recherches bio-physiologiques et radiologiques, il insiste sur les lésions localisées au mésencéphale, qui paraissent nécessaires au déterminisme de la narcolepsie. Il expose dans les chapitres suivants les états narcoleptiques au cours de diverses affections, notamment dans l'encéphalite, la neuro-syphilis, les traumatismes crâniens et dans les syndromes épilep-

tiques, endocrinien, etc. Le lecteur regrettera peut-être que le chapitre consacré aux narcolepsies hystériques ne soit pas plus fouillé.

Le traitement (notamment par l'éphédrine) et la médecine légale des narcolepsies sont enfin l'occasion pour l'auteur de rendre son travail aussi complet et pratique qu'on pouvait le désirer. Une bibliographie comportant 483 références clôt ce mémoire indispensable à consulter pour tous ceux qui s'intéressent à la pathologie du sommeil. Ajoutons encore que parmi la documentation considérable qui charpente cette série d'articles, les travaux français occupent une grande place.

Henri Ey.

**Le rôle du cortex cérébral dans la narcolepsie. Classification de la narcolepsie et des troubles associés** (The Role of the Cerebral Cortex in Narcolepsy ; the Classification of Narcolepsy and Allied Disorders,) par Max LEVIN. *The Journal of Neurology and Psychopathology*. T. XV, n° 59, pp. 236-241, janvier 1935.

Si c'est le cortex cérébral qui dort, il n'est pas le centre du sommeil. M. Levin distingue la somnolence généralisée et les « sommeils localisés » sans somnolence morbide avec cataplexie, paralysies, attaques d'impuissance motrice. Dans la somnolence, il est impossible de déterminer si le trouble est dans le cortex ou dans le centre, sauf dans certains cas précis d'inhibition ou de lésion neurologique évidente. La narcolepsie typique correspondrait au trouble total, sommeil et attaques motrices. Les formes locales pourraient être dénommées abortives, rudimentaires ou désignées plus spécialement par le mot cataplexie.

P. CARRETTE.

**Encéphalites épidémiques (Unité ou pluralité ?)**, par Robert CLÉMENT. *La Presse Médicale*, n° 16, pp. 302-305, 23 février 1935.

L'encéphalite épidémique observée de 1916 à 1919 et décrite par von Economo, Netter et d'autres cliniciens, n'était sans doute pas une affection nouvelle et les syndromes encéphalitiques des épidémies ultérieures ont mis en discussion la question d'unité du syndrome et de spécificité des réactions humérales décrites. M. Clément estime qu'il n'est pas encore permis de conclure à l'existence de virus différents possédant des affinités analogues ou d'un virus unique à manifestations biologiques variables suivant les épidémies.

P. CARRETTE.

**Les séquelles oculaires tardives de l'encéphalite épidémique**, par F. TERRIEN. *Le Progrès Médical*, n° 9, pp. 361-367, 2 mars 1935.

Les paralysies oculaires isolées sont caractéristiques de la période aiguë de l'encéphalite épidémique, les troubles oculaires tardifs sont très différents d'aspects. Ils provoquent des *paralysies de fonction* souvent associées à des signes de la série parkinsonienne. Les malades présentent la perte des mouvements associés, un défaut de la convergence et de la diver-

gence, une tendance à la persévération, avec participation fréquente de troubles palpébraux, diminution de la motilité et crises de blépharospasmes.

P. CARRETTE.

**Les manifestations oculaires tardives dans l'encéphalite épidémique**, par M. TEULIÈRES et J. BEAUVIEUX. *Revue Médicale française*, n° 4, pp. 297-331, avril 1935.

L'expérience clinique s'enrichit constamment de faits intéressant l'évolution des troubles visuels tardifs de l'encéphalite épidémique. On peut distinguer avec les auteurs des paralysies oculaires extrinsèques et intrinsèques, un syndrome bradykinétique local, des spasmes à l'état de repos et par paroxysmes, ensemble de manifestations surtout périphériques. Par ailleurs, il existe des syndromes névritiques rétro-bulbaire et rétro-chiasmatique, l'amaurose, l'hyperhémie et la stase papillaire. Enfin, au cours de l'évolution parallèle tardive des lésions inflammatoires et scléreuses, et chez les parkinsoniens en particulier, des paralysies, des troubles toniques, des crises oculogyres et des manifestations sensorielles par lésions des voies optiques extra et intracérébrales, y compris les radiations de Wernicke au niveau desquelles on observe des nodules infectieux de péri-vascularite et des épanchements lymphocytaires.

P. CARRETTE.

**Mouvements associés de la langue contrôlés par l'effort volontaire dans l'encéphalite épidémique** (Associated Movements of Tongue in Epidemic Encephalitis controlled by Voluntary Effort), par Melbourne J. COPPER. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXXIII, n° 1, pp. 148-154, janvier 1935.

Le cas de M. Cooper est une curieuse association de troubles moteurs automatiques partiellement corrigés par le contrôle cortical au cours de l'encéphalite épidémique. Les mouvements de la langue, des mains et du membre inférieur droit, exaspérés par la fatigue, sont corrigés progressivement par l'effort et la concentration psychique. L'administration de datura et de scopolamine aide efficacement la malade à réduire la spasticité musculaire et d'autres signes de la série parkinsonienne.

P. CARRETTE.

**Maladie de Parkinson et syphilis**, par H. SCHAEFFER et René BIZE. *La Médecine*, n° 2, pp. 137-142, février 1935.

On conçoit très bien que la syphilis puisse toucher les noyaux gris centraux et les régions voisines, déterminant un syndrome de Parkinson, d'ailleurs assez souvent associé à des signes pupillaires du type Argyll-Robertson, et tout naturellement à des altérations méningées spécifiques. MM. Schaeffer et Bize observent que la thérapeutique est souvent impuissante. Le syndrome de Parkinson est l'expression d'une atteinte profonde, destructrice, quoique lente, de zones nerveuses d'une valeur anatomique et physiologique essentielles, processus d'allure plus dégénératif et sclérosant qu'inflammatoire, par conséquent difficilement accessible aux traitements.

P. CARRETTE.

**Maladie de Parkinson familiale. Le signe d'Argyll-Robertson dans la maladie de Parkinson** (Familiäres Vorkommen der Parkinsonkrankheit ; Argyll-Robertson-Symptom bei Parkinson), par M. NAGY (de Budapest). *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, Vol. 91, fasc. 3, 1935.

L'auteur rapporte l'observation d'un cas de maladie de Parkinson remarquable à deux points de vue : aspect familial, existence d'un signe d'Argyll. Un frère de la malade, sa mère et deux frères et sœurs de celle-ci ont été atteints de la même maladie. L'hérédité revêt le type dominant. Quant au signe d'Argyll, il est au complet : abolition des réflexes lumineux, inégalité, déformation pupillaire. Les réactions de spécificité ont été négatives.

E. BAUER.

**Intoxication chronique par les composés du manganèse. Parkinsonisme manganique**, par Louis LYON-CAEN et André JUDE. *La Presse Médicale*. n° 4, pp. 60-63, 12 janvier 1935.

Peu connue en France, où l'industrie du manganèse est peu développée, l'intoxication manganique est prévue dans la législation des maladies professionnelles dans certains pays gros producteurs de minerai comme les Etats-Unis, la Russie ou l'Allemagne. Le manganèse se fixe dans le foie et altère directement le système nerveux, plus spécialement les noyaux gris centraux. Les troubles de la marche, le faciès, le tremblement, les hyperesthésies donnent un syndrome qui rappelle le parkinsonisme. Le manganèse s'identifie dans les selles et l'urine sous forme de permanganate par oxydation au persulfate de potasse en présence du nitrate d'argent. Des mesures d'hygiène s'imposent pour éviter l'inhalation des poussières toxiques et la sélection des ouvriers est indispensable, les sujets atteints d'insuffisance hépatique — les alcooliques en particulier — devant être considérés comme prédisposés aux accidents.

P. CARRETTE.

**Le syndrome akinético-hypertonique dans les tumeurs du lobe frontal** (Le sindrome acinetico-ipertonica nei tumori del lobo frontale), par Paolo OTTONELLO (de Pavie). *Rivista di Patologia nervosa e mentale*, janvier-février 1935, p. 1 à 53.

Après une excellente revue de la littérature sur ce point, l'auteur rapporte une observation personnelle. Il s'agissait d'un homme de 48 ans. La maladie a débuté en mars 1929, par du ralentissement moteur et une tendance au sommeil. Dans la suite, se sont installés des troubles du langage, des céphalées, et ensuite une hémiparésie droite avec hypertonie de type extrapyramidal généralisée, mais avec prédominance droite. En mars 1931, akinésie généralisée, rigidité, tremblement spontané du membre supérieur et du pied droit. Dans la suite, aphasia amnésique, torpeur et aggravation du syndrome parkinsonien. En 1932, troubles catatoniques (photographie). — A l'autopsie : gliome du lobe préfrontal gauche. La tumeur a exercé une compression sur les régions avoisinantes de l'écorce préfrontale et temporale et des formations de la base. Dégénérescences secondaires du pallidum gauche et des fibres allant au thalamus et au trigone. L'interprétation pathogénique de ce cas retient longuement l'attention de l'auteur, qui discute spécialement la conception localisatrice de Kleist. Contrai-

rement à l'opinion de ce dernier, c'est bien aux lésions corticales qu'il faudrait, selon Ottonello, rapporter les premiers troubles akinético-hypertoniques. Ces lésions auraient produit tout d'abord un simple dysfonctionnement des structures sous-corticales. Ce n'est que dans la suite que ces formations auraient été altérées morphologiquement. A signaler la bibliographie et les illustrations.

Henri Ey.

**Innervation antagoniste systématique et irréductible chez une malade atteinte de rigidité progressive et de paroxysmes épileptiques et hallucinatoires** (Zwangsläufige antagonistische Innervation bei einem Fall mit progressiver Versteifung, epileptischen und halluzinatorischen Anfällen), par Ed. BECK. *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, Vol. 92, 1, 1935.

Un syndrome de rigidité progressive avec troubles athétosiques du type de l'athétose double apparaît chez une malade atteinte depuis 20 ans de crises comitiales. En outre, elle présente une innervation antagoniste systématique, surtout des membres supérieurs. Une impulsion motrice volontaire, spontanée ou provoquée, produit l'acte moteur opposé ; cet acte présente, en plus de son caractère paradoxal, des perturbations importantes du rythme et de l'arrêt. Les troubles moteurs sont suspendus au cours des phases délirantes, qui apparaissent et cessent brusquement, et sont accompagnées d'hallucinations visuelles intenses. Il s'agit d'une affection de l'appareil strié, dont la grande complexité clinique soulève de nombreux problèmes physiopathologiques, soit à propos des troubles moteurs, soit à propos du syndrome épileptique précurseur (épilepsie striée), soit à propos de la genèse des troubles hallucinatoires et délirants. S'agit-il d'une maladie non décrite jusqu'ici, ou d'une forme atypique compliquée, d'athétose double ? l'auteur laisse cette question ouverte.

E. BAUER.

**Le rôle des noyaux diencéphaliques dans le mécanisme des crises épileptiques**, par Albert SALMONT. *La Presse Médicale*, n° 21, pp. 405-408, 13 mars 1935.

L'épilepsie, d'origine corticale ou sous-corticale, est en rapport avec des altérations des noyaux diencéphaliques. Voici les arguments de M. Salmon : leurs lésions expérimentales ou pathologiques se traduisent par des phénomènes convulsifs. La corrélation fonctionnelle des accès comitiaux avec le sommeil, la thermogénèse et la diurèse est un fait établi. Toutes ces fonctions sont influencées par les barbituriques, dont l'action est élective sur les noyaux diencéphaliques.

P. CARRETTE.

**Cerveau frontal et système moteur extrapyramidal** (Cervello frontal e sistema motorio extrapiramidale), par A. DONAGGIO. *Rivista di Neurologia*, octobre 1935, p. 661 à 669.

Exposé systématique, remarquablement clair, des arguments (présentés au Congrès de Londres), qui militent en faveur des connexions anatomo-physiologiques du cortex et des ganglions de la base. Cette thèse, que le professeur Donaggio soutient depuis longtemps, est développée ici avec la rigueur et la vigueur que nous lui connaissons tous.

Henri Ey.



**Hémorragie sous-durale tardive avec heureuse issue opératoire, suivie d'aphasie motrice, d'agraphie, d'alexie et de stase papillaire transitoires,** par M. M. W. STERLING et M. WOLFF. *Warszawskie Czasopismo Lekarskie*, T. 12, n° 37 du 3 octobre 1935 et n° 39 du 17 octobre 1935.

A l'occasion d'une observation personnelle rapportée dans leur travail, les auteurs discutent la pathogénie des hémorragies sous-durales tardives. Ils éliminent successivement la théorie inflammatoire de Virchow, la théorie vasoparalytique de Ricker, la conception « encéphalomalacique » de Bollinger, ainsi que la possibilité de l'existence d'une méningite séreuse et penchent pour la théorie osmotique des auteurs américains.

FRIBOURG-BLANC.

**Sur la question de l'aphasie dite pariétale (Zur Frage der sogenannten parietalen Aphasie),** par NIESSL VON MAYENDORF (Leipzig). *Zeitsch. f. d. g. Neuro. und Psych.*, Tome CXLVII, p. 1 à 49.

Dans la première observation, il s'agit d'aphasie totale avec lésions temporales et du tiers inférieur de la circonvolution pré-rolandique (la zone de Broca était épargnée). Dans le deuxième cas, il y avait également des lésions paracentrales antérieures. Les cas 3, 4, 5, 6, 7 et 8 présentaient, soit une destruction complète, soit des altérations importantes de la circonvolution pariétale transverse et des lésions du gyrus supra-marginal ou pli courbe. L'argumentation de l'auteur repose sur ces faits, elle consiste à dire que les syndromes aphasiques n'ont pas été modifiés selon qu'il y avait ou non participation de lésions pariétales. On ne pourrait parler d'une aphasie pariétale que si l'on voyait un cas de lésion permanente du lobe pariétal bien circonscrite, sans diffusion des troubles (tumeur ou inflammation). Or, ce cas, Niessl v. Mayendorf ne le connaît pas. On devrait banir le terme d'aphasie pariétale du vocabulaire de la pathologie cérébrale.

Henri Ey.

**Sur la logopédie des aphasies. La structure en miroir dans la genèse des paraphasies (Sulla logopedia delle afasie. La struttura a specchio nella genesi delle parafasie),** par J.-A. FLORENSKY (Moscou). *Rivista di neurologia*, août 1935, p. 405 à 438.

Ce travail, dû à la directrice du centre logopédique de l'Institut de Neuro-Psychiatrie de Moscou, constitue une contribution très importante à l'étude de l'aphasie envisagée au point de vue de la rééducation. L'auteur, très au courant des travaux modernes sur l'aphasie, adoptant un point de vue résolument dynamique avec ce qu'il comporte d'efficacité pratique, envisage spécialement la paraphasie comme un processus de réintégration fonctionnelle, de restauration. C'est dire qu'il insiste sur les notions dégagées par Jackson (désintégration), réintégration (Monakow) et compensation (Henschen). L'étude historique que fait J.-A. Florensky de la notion de paraphasie est excellente. De fait, dans l'évolution générale des troubles aphasiques dont les diverses formes ne sont souvent que des phases évolutives, à côté des phénomènes fortuits de dérivation qui se produisent sous forme de chaînes latérales, il existe un processus « téléologique » d'adaptation et de finalité réactionnelles aux troubles. C'est de l'ensemble de ces phénomènes et de ces réactions qu'est faite la notion de paraphasie. Elle ne sau-

rait être réduite à l'incorrection du langage par surdité verbale, comme l'exigeait la vieille théorie mécaniste des « schémas ». Sous ce nom de paraphasie, on range bien des troubles de formes différentes. Voici la liste qu'en donne l'auteur : dans un premier groupe, il y a des produits de désintégration et des mécanismes infantiles dans la construction de la phrase :  lisions de certains sons ou de certaines lettres, substitution de sons ou paroles faciles à des sons ou paroles difficiles (L   f, t   c), redoublement de syllabes (tutu, bibi), abréviation des mots. Dans un deuxième groupe, il y a intercalage d'éléments extrinsèques du mot ou de sons contenus dans le mot. Dans un troisième groupe, il y a agglutination des flexions, c'est-à-dire syncrétisme des désinences rompant l'ordre syntaxique, c'est le cas du trouble proprement aggrammatique. Dans un quatrième groupe, il y a agglutination des concepts, contamination sémantique, mécanisme de beaucoup de néologismes. Dans un cinquième groupe, c'est le trouble paralogique qui provoque un mot de même genre et non spécifiquement adapté. Enfin, — et c'est là l'objet propre de son travail qu'elle aborde maintenant, — J.-A. Florensky a remarqué que chez certains malades, au cours de la rééducation, apparaissaient des troubles paraphasiques curieux, de caractère constant avec phénomènes d'effort et de fatigue. Parmi ces erreurs, un type particulier a pu être isolé : c'est le *trouble en miroir* de certaines syllabes. Par exemple, *sa — pot — ljal * au lieu de *sa — top — ljal *. C'est ce phénomène qui est longuement et finement analysé. Or, ce trouble est précisément typique de l'effort constructif mais inefficace que fait l'aphasique. C'est cet effort qu'il faut aider, guider et corriger. Ainsi ce travail, à notre avis d'un remarquable intérêt, confirme-t-il les possibilités thérapeutiques qui s'offrent aux neuro-psychiatres, même dans le domaine des troubles aphasiques dès qu'ils cessent de voir dans le symptôme des produits fortuits d'un engrenage purement mécanique.

Henri Ey.

**De l'exploration encéphalographique dans un cas de syndrome de Pick probable** (Sul reperto encefalografico in uno caso di probabile sindrome di Pick), par B. SPAGNOLI (G nes). *Il Cervello*, juillet 1935, p. 240   242.

Intérêt de l'encéphalographie qui a, dans ce cas, révélé un évasement remarquable des cornes frontales, surtout à gauche.

Henri Ey.

**Contribution à l'étude du système neuro-végétatif chez les aliénés et notamment des réflexes pupillaires** (Contributo allo studio del sistema neurovegetativo negli alienati con speciale riguardo di riflessi pupillari), par Giorgio SANDOR (Bologne). *Archivio generale di Neuro-Psych. e Psicoanalisi*, juin 1935, p. 213   236.

L'auteur a étudié les conditions fonctionnelles du système neurovégétatif oculaire par des instillations d'homatropine et de pilocarpine. Il n'y a pas de troubles spécifiques dans les diverses affections mentales. Cependant, en général, et notamment dans la mélancolie anxieuse et chez les paralytiques généraux, il existe une prévalence du système orthosympathique sur le parasympathique.

Henri Ey.

**Un cas d'idiotie familiale amaurotique juvénile** (A Case of Juvenile Amaurotic Family Idiocy), par R. M. NORMAN. *The Journal of Neurology and Psychopatholog.* T. XV, n° 59, pp. 219-229, janvier 1935.

Il semble qu'un compromis doive être admis entre les deux opinions extrêmes concernant l'idiotie familiale amaurotique. Elle n'est primitivement ni exclusivement neuronale, ni lipoïdale. Dans le cas présent, il est curieux d'observer des anomalies lipoïdiques hors du système nerveux central. Le caractère héréditaire est précisé par des malformations corticales avec agénésie.

P. CARRETTE.

**Sclérose tubéreuse avec lésions osseuses rares** (Tuberous Sclerosis with Unusual Lesions of the Bones), par Jacques S. GOTTLIEB et Georges R. LAVINE. *Archives of Neurology and Psychiatry.* T. XXXIII, n° 2, pp. 379-388, février 1935.

La sclérose tubéreuse caractérisée par l'association d'adénomes sébacés à des stigmates de dégénérescence, la déficience mentale et des crises convulsives, présente parfois des manifestations qui rappellent celles de la maladie de Recklinghausen. Notons, dans le cas présent : une tumeur rétinienne avec nombreuses néoformations vasculaires et des lésions osseuses du crâne et des extrémités. L'épaississement du périoste et la décalcification centrale allant jusqu'à une raréfaction d'allure kystique s'explique mal par des causes humorales. On suppose plutôt qu'il s'agit d'altérations d'origine nerveuse dans le tissu osseux superficiel, analogues à celles des schwannomes cutanés.

P. CARRETTE.

**Sur le diagnostic du rhumatisme cérébral. I. Valeur séméiologique du délire de mort. II. Désordre cérébral et trouble de l'équilibre acide-base**, par J. CATHALA, E. FRIEDMAN et R. LAPLANE. *La Presse Médicale*, n° 3, pp. 41-44, 9 janvier 1935.

Connu depuis longtemps, bien décrit dans les traités, le rhumatisme cérébral est rarement observé par les médecins. Pourquoi ? C'est que malgré la netteté théorique de sa présentation, il ne reposera sur aucune base clinique et biologique spécifique et que le diagnostic est plutôt affaire d'intuition, la symptomatologie rhumatismale disparaissant généralement devant la violence des manifestations encéphalitiques. MM. Cathala, Friedman et Laplane proposent cependant deux faits précis à notre critique. C'est d'abord dans la série des signes psychiques l'élément anxieux surajouté à la confusion délirante, entretenu par la hantise de la mort. Du point de vue biologique, l'altération capitale des humeurs consisterait dans une rupture de l'équilibre acido-basique avec alcalose. Devant l'échec des recherches sur l'origine infectieuse de la maladie de Bouillaud, il n'est pas inutile de s'attacher à l'étude de ses manifestations humorales. Le rhumatisme cérébral pourrait n'être qu'un désordre métabolique, fatal pour la cellule nerveuse.

P. CARRETTE.

**De l'apparition de tableaux cliniques pseudo-schizophréniques dans la mésentéphalite** (Über des Entstehen pseudo-schizophrener Bilder bei Metenkephalitis), par Th. DETENHOFF (Moscou). *Zeitsch. f. d. g. Neuro. und Psych.*, Tome CXLVI, p. 167 à 179.

Observation détaillée d'un sujet débile qui, après un épisode encéphalitique et sans syndrome de Parkinson caractérisé, a présenté des troubles neuro-végétatifs, de la convergence, de la série catatonique et des hallucinations. L'auteur insiste sur la localisation des lésions, probablement strio-pallido-rubique, associées à des lésions corticales nécessaires pour Schilder à la détermination des troubles psycho-moteurs catatoniques et réalisant comme le dit Wilkens, une rupture entre les relations du néo-encéphale et le paléencéphale. Il insiste également sur le facteur dégénératif dans ce cas.

Henri Ex.

**Un cas de psychose associée à une tumeur cérébelleuse de la ligne médiane** (A Case of Psychosis Associated with Midline Cerebellar Tumor), par Leo STONE et William C. MENNINGER. *Archives of Neurology and Psychiatry*, T. XXXIII, n° 2, pp. 399-405, février 1935.

Le cas présent permet d'intéressantes considérations sur le syndrome psychique des tumeurs encéphaliques. L'importance des troubles mentaux, la torpeur et l'aphasie suggèrent le diagnostic de tumeur du lobe frontal gauche. L'intensité de l'hypertension intracrânienne est plutôt indicatrice de lésions de la fosse cérébrale postérieure. On voit dès lors toute l'importance de la ventriculographie. La difficulté augmente par le fait que la tumeur cérébelleuse est médiane. Il est vraisemblable que l'hydrocéphalie facilite le développement des troubles mentaux et l'aphasie en altérant plus électivement les zones frontales, plus fragiles que le reste du cortex.

P. CARRETTE.

**Troubles psychiques du type « acaïria » dans la chorée de Huntington**, par M. O. J. VOLFOVSKI. *Sovietskaia Psichonevrologia*, T. X, n° 6, 1934.

Chez trois malades atteints de chorée de Huntington, l'auteur observe le signe d'« acaïria », qui veut dire : importunité avec insistance. L'auteur souligne l'analogie de cette manifestation psychique avec certaines formes hyperkinétiques d'encéphalite épidémique et il présume une corrélation entre ces troubles psychiques et la localisation du processus dans les noyaux gris centraux. Ces déductions font supposer une certaine affinité entre les deux affections.

FRIBOURG-BLANC.

**Un cas de chorée atypique chez un sujet hystérique** (Un caso di corae atipica in soggetto isterico), par Renato CRISTINI (Naples). *Rivista di Neurologia*, juin 1935, p. 335 à 353.

Observation d'une malade à mentalité hystérique ayant présenté des crises d'agitation psycho-motrice choréiforme et paradoxale. L'auteur dis-

cute le diagnostic de ce cas avec les diverses formes de chorée. La malade avait eu la grippe « espagnole ».

Henri Ey.

**Psychasthénie avec accès hystéroïdes ou simulation ?** par L. BALLIF, Ch. BALLIF et E. GLINOER. *Bulletin de la Société roumaine de Neurologie, Psychiatrie, Psychologie et Endocrinologie*. XVI<sup>e</sup> année, n° 2, pp. 103-106, 1935.

Des accès psycho-moteurs, comparables aux crises hystéro-épileptiques, déclenchés par la perception de certaines odeurs, sont observés chez une femme à la ménopause. Le déséquilibre émotif de la malade, phobique et obsédée, l'effet salubre de la faradisation, le caractère réactionnel des manifestations aiguës au cours d'un épisode de désarroi social font pencher le diagnostic vers la simulation d'une maladie imaginaire plutôt que vers une affection neuro-psychique bien déterminée.

P. CARRETTE.

**Le problème actuel de l'hystérie**, par H. CODET. *L'évolution psychiatrique*, fasc. 2, pp. 3-44, 1935.

L'hystérie est pour M. Codet l'expression d'un état psychique spécial, fait du sentiment de faiblesse devant le monde extérieur et de sa conséquence naturelle, le besoin d'intérêt compensateur. Il ne s'agirait pas d'une malformation initiale et définitive, mais d'un trouble de l'évolution psychique chez un sujet doué d'une émotivité et d'une suggestibilité spéciales. Du point de vue de l'expression corporelle des troubles, l'auteur accepte la conception de Babinski. De sorte que le problème essentiel de l'hystérie reste entier: existe-t-il, oui ou non, en dehors du pithiatisme, des troubles que nous nommons fonctionnels en attendant mieux, capables par leur caractère même d'engendrer des désordres émotifs, inévitablement hystériques dans leur apparence, indépendamment de l'état préalable du psychisme ?

P. CARRETTE.

**Classification des névroses**, par P. HARTENBERG. *La Clinique*, n° 240, pp. 56-58, février 1935.

Dans l'ensemble des troubles psychiques, on isole sous le nom de névroses des syndromes complexes faits de troubles somatiques fonctionnels et d'altérations des fonctions psychiques inférieures, automatiques. Donner une définition plus précise serait imposer des limites discutables et contredire les faits cliniques. La classification se ressent de ces incertitudes. M. Hartenberg propose de distinguer 4 catégories : 1) les névroses simples : dépressive, irritative et anxieuse ; 2) les formes combinées ; 3) les névroses systématisées partant d'une base d'émotion morbide devenant obsédante ; 4) les névroses somatiques, hypocondries de types variés. L'auteur fait observer qu'il n'introduit dans le cadre des névroses, ni la psychasthénie qui n'est qu'un type constitutionnel de névrose combinée, ni l'hystérie, qu'il considère comme « une construction artificielle dans laquelle on a fait entrer des symptômes de natures diverses ».

P. CARRETTE.



**Recherches sur les associations motrices dans les psychonévroses** (Association-Motor Investigation of the Psychoneuroses), par Clarke H. BARNACLE, Franklin G. EBAUCH et Frederik LEMERE. 90<sup>e</sup> Meeting Annuel de l'*American Psychiatric Association*, New-York, 28 mai-1<sup>er</sup> juin 1934 in *The American Journal of Psychiatry*. T. LXXXI, n° 4, pp. 925-937, janvier 1935.

La méthode d'investigation utilisée est inspirée de celle de Luria qui associe aux mots inducteurs de Jung des moyens d'enregistrement des réactions émotives par fixation des doigts sur un récepteur, la main droite appuyant en répondant le mot évoqué et la main gauche restant si possible immobile. 50 sujets normaux et 50 sujets atteints de psychonévroses sont examinés et comparés ; ils écoutent alternativement des mots « neutres » et des mots « critiques ». Les modifications du pouls notées simultanément avec les retards dans les réponses permettent évidemment de repérer les mots inducteurs intéressants et d'orienter les recherches vers les conflits possibles avec beaucoup plus de chances de succès que par le procédé purement psychologique de Jung avec simple notation du retard qui favorise plus qu'il n'évite le barrage et le refoulement.

P. CARRETTE.

**Recherches critiques sur les concepts fondamentaux de l'hypnotisme** (Ricerche critica intorno ai concetti fondamentali dello ipnotismo) par Americo FÜNK (Budapest-Bologne). *Archivio generale di Neuro-Psichiatria e Psicoanalisi*, juin 1935, p. 253 à 260.

De ce problème, sur lequel on n'a certainement pas dit encore le dernier mot, Fünk tente de retracer un intéressant historique centré sur les deux conceptions essentielles qui ont opposé dans le déterminisme de l'hypnose les facteurs physiques (l'auteur pensant au mesmérisme aurait presque pu dire « radiesthésique » !) et les facteurs psychologiques (Braidisme, Charcot, Bernheim). Pour Fünk, il y a une telle attirance élective de l'hypnotisé vers l'hypnotiseur que c'est dans le pouvoir propre de l'hypnotiseur qu'il faut chercher la cause de l'hypnotisme. Cette « théorie du rapport objectif », comme dit Fünk, flatte peut-être plus l'hypnotiseur qu'elle n'éclaire le fait.

Henri Ey.

**Facteurs psychologiques dans l'étiologie du diabète** (Psychological Factors in the Etiology of Diabetes), par W. C. MENNIGER. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. T. LXXXI, n° 1, pp. 1-13, janvier 1935.

Le parallélisme entre les troubles mentaux et ceux du métabolisme hydrocarboné est démontré en plusieurs circonstances. Au cours d'accès de dépression, de confusion, on peut admettre que les perturbations émotives de l'anxiété et de l'angoisse se fixent sur des éléments neuro-végétatifs. Il en résulterait des angio-spasmes, des mobilisations toxiques, mais pourquoi cette localisation sur certaines fonctions régulatrices ? Rien ne prouve que dans les cas décrits un mécanisme particulier entraîne des troubles hépatiques ou pancréatiques spécifiques. On concevrait mieux un complexe neuro-psychique en rapport avec des perturbations émotives et le diabète insipide. L'influence réelle des facteurs psychologiques au cours du diabète sucré reste plus difficile à expliquer.

P. CARRETTE.

**Syphilis nord-africaine et localisations nerveuses**, par Etienne BOLTANSKI.  
*La Presse Médicale*, n° 21, pp. 417-418, 13 mars 1935.

Les progrès de la syphilis nerveuse dans l'Afrique du Nord sont évidents. On sait que deux facteurs sont invoqués pour expliquer cette progression : l'insuffisance des cures de la syphilis au début et l'eupéanisation des indigènes. Pour M. Boltanski, le premier argument est démenti par les faits et le second est imprécis, manque de critères scientifiques. Il semble que la situation présente réponde à une période critique de la lutte anti-vénérienne et que les efforts accomplis doivent être poursuivis par une propagande constante destinée à démontrer aux Arabes la nécessité impérieuse d'un traitement et d'une surveillance prolongés.

P. CARRETTE.

## ANATOMIE

**Etude du cerveau d'un savant biologiste et médecin**, par R. ANTHONY, de Paris. *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, XXXVI, 1, 1935.

L'étude du cerveau du professeur N..., qui a porté sur les rapports pondéraux des hémisphères et du corps calleux, ainsi que sur la morphologie de l'écorce, sillons et circonvolutions, montre qu'à tous ces points de vue il se classe parmi les cerveaux supérieurs. Le cerveau du frère du savant a également été examiné, l'infériorité est manifeste au point de vue pondéral, mais aucune différence caractéristique n'a été constatée en ce qui concerne la configuration néopallidale.

E. BAUER.

**La régénération du tissu nerveux chez les vertébrés supérieurs** (La rigenerazione del tessuto nervoso nei vertebrati superiori), par O. ROSSI et G. GASTALDI (Pavie). *Rivista di Patologia nervosa e mentale*, juillet-août 1935, p. 1 à 369.

Ce gros « volume » de 369 pages est dû à l'Ecole histologique de Pavie d'une inlassable fécondité. Le présent travail est une étude complète de tous les problèmes de la régénération nerveuse. Après avoir étudié les aspects de la régénération nerveuse des nerfs périphériques sous toutes leurs formes de fait et historiques, ils abordent dans la deuxième partie le processus de régénération du système nerveux central. Dans un appendice, ils traitent de la régénération des fibres sympathiques. Une bibliographie extrêmement étendue clôt cet ouvrage dont on ne peut qu'admirer la richesse de documentation, sans pouvoir songer à donner ici le moindre aperçu de l'ample moisson de faits que nous devons à Rossi et à Gastaldi.

Henri Ey.

**Etude sur la névroglie humaine** (Studio sulla nevrogliia umana), par V. TRONCONI (Pavie). *Rivista di Patologia nervosa e mentale*, mars-avril 1935, p. 223 à 277.

Ce travail que l'auteur dit modestement être « une contribution à une meilleure connaissance du tissu interstitiel du cerveau humain » est, en

fait, une monographie considérable sur l'histologie et l'histopathologie de la névroglie. Dans une première partie, Tronconi fait une étude systématique de gliotectonie corticale. Il expose ses recherches sur les cinq champs corticaux stratifiés de von Economo. Il n'existe pas, selon lui, de caractères névrogliques capables de permettre la différenciation des champs corticaux. La deuxième partie est consacrée à l'étude des modifications gliales dans les diverses maladies qui n'intéressent pas le système nerveux, ce qui lui permet de recommander la plus grande prudence d'interprétation des images névrogliques. Notamment, la troisième partie met en évidence que l'hyperplasie des éléments gliaux peut se rencontrer dans des affections nullement neurologiques, notamment en ce qui concerne la microglie, l'oligodendrocyte et l'astroglie. Après avoir envisagé le contingent fibrillaire névroglique du système réticulaire diffus non nerveux (réticulo-glial de Held), l'auteur signale que la rapidité d'imprégnation des éléments névrogliques peut être considérée comme un phénomène caractéristique en lui-même (phanerose gliale). Enfin, s'il y a lieu de se montrer très circonspect dans l'interprétation des modifications gliotectoniques, il semble cependant que des modifications de la stratification gliale puissent être en relation avec des troubles circulatoires. Riche bibliographie et très belles microphotographies. A signaler spécialement les magnifiques illustrations (18 planches) placées hors-texte à la fin du volume.

Henri Ex.

**Recherches sur les altérations de la névroglie dans la méningo-encéphalite tuberculeuse** (Ricerche sulle alterazioni della nevrogliia nella meningoencefalite tubercolare), par Andréa ROMERO (Turin). *Rivista di Patol. nerv. e mentale*, mai-juin 1935, p. 729 à 767.

L'auteur a étudié par la méthode d'imprégnation argentique de Lugaro la macroglie dans la méningo-encéphalite tuberculeuse. Il s'agit de l'étude minutieuse d'un seul cas. Le travail est illustré de 21 microphotographies. Romero conclut qu'il y a une prévalence absolue dans l'intensité et l'extension des processus régressifs, qu'il y a des lésions encéphaliques proprement dites et qu'il n'y a pas rencontré la prolifération névroglique qui a été décrite par d'autres auteurs.

Henri Ex.

**Les fibres motrices intramédullaires des racines rachidiennes postérieures**, par André BARBÉ. *Revue Neurologique*. T. LXIII, n° 2, pp. 177-187, février 1935.

Les observations de M. Barbé portent sur la jonction cervico-dorsale, mais l'auteur croit que la disposition observée se généralise dans toute la hauteur de la moelle. Nées de la corne antérieure, les fibres motrices gagneraient la région intermédiaire entre la zone de Lissauer et le cordon de Burdach et se mêleraient aux fibres radiculaires postérieures. Le problème de l'interprétation reste à résoudre. Les fibres antéro-postérieures contribueraient à l'innervation des muscles lisses d'où le nom de « fibres réflexo-motrices » que leur donne Kölliker.

P. CARRETTE.

**Sur le champ de projection de la vision centrale dans le corps genouillé externe et l'écorce visuelle de l'homme** (Über das Projektionsfeld des zentralen Sehens im äusseren Kniehöcker und der Sehrinde des Menschen), par Adolf JUBA (Budapest). *Zeitsch. f. d. g. Neuro und Psych.*, Tome CXLVII, p. 121 à 143.

L'étude de la névrite rétrobulbaire chronique alcoolique peut permettre d'étudier la projection de la vision centrale dans le corps genouillé externe. Cette projection s'étend dans la portion caudale à tout le corps genouillé, à la portion moyenne, au segment dorso-central jusqu'à l'extrémité où il n'y a plus de fibres en relation avec la vision centrale. La représentation corticale de la vision centrale doit être localisée au pôle occipital. La macula corticale a dans l'écorce visuelle une représentation étalée. Très intéressante bibliographie en raison des références récentes.

Henri Ey.

**Un cas d'hémiplasie du cervelet** (Über einen Fall von halbseitiger Aplasie des Kleinhirns), par Stanislaw MACKIEWICZ (de Varsovie). *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, XXXVI, 1, 1936.

L'auteur rapporte un cas d'hémiplasie du cervelet chez un sujet n'ayant présenté que des troubles cérébelleux très modérés. L'aplasie intéresse tout l'hémisphère gauche et la moitié gauche du vermis, donc à la fois le néo- et le paléo-cervelet ; de ce dernier, toutefois, le flocculus et le noyau du toit sont ébauchés. La moitié gauche du plexus choroïde du 4<sup>e</sup> ventricule est également absente. Le processus pathogène qui a déterminé ce trouble du développement, se situe avant le 3<sup>e</sup> mois de la vie embryonnaire, l'hémiplasie du plexus choroïde et celle du cervelet en sont deux conséquences parallèles, indépendantes entre elles. La malade ayant été atteinte de crises épileptiques ainsi que d'ailleurs son frère, l'auteur établit un rapprochement du cas avec les recherches de de Allende-Navarro et de Minkowski sur le rôle de la dysplasie des plexus choroïdes et de l'épendyme dans l'épilepsie idiopathique.

E. BAUER.

---

# VARIÉTÉS

---

## SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

### Séances

La *séance supplémentaire* du mois de JUIN de la Société Médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *jeudi 11 juin 1936*, à 9 heures 30 *très précises*, à l'Asile Clinique (Sainte-Anne), 1, rue Cabanis, à Paris (XIV<sup>e</sup> arrondissement), dans l'Amphithéâtre de la Clinique de la Faculté.

La *séance ordinaire* du mois de juin de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 22 juin 1936*, à 4 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI<sup>e</sup> arrondissement).

La Société Médico-psychologique ne tiendra au mois de JUILLET qu'une seule séance exclusivement réservée à des présentations. Cette séance aura lieu le *jeudi 9 juillet 1936*, à 9 heures 30 *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV<sup>e</sup> arrondissement), dans l'Amphithéâtre du Pavillon Magnan.

## ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS

### Concours pour 10 postes de Médecin des Asiles publics d'aliénés.

Ce concours s'est ouvert au Ministère de la Santé publique le lundi 27 avril 1936.

#### COMPOSITION DU JURY

*Président* : M. le Dr RAYNIER, Inspecteur général des Services Administratifs.

*Membres Titulaires* : MM. les Professeurs PFERSDORFF et RAVIART ; MM. les Docteurs BRISSOT, GUILLERM, ROBERT, PEZET, et M. LÉVÊQUE, Chef du 1<sup>er</sup> Bureau de la Direction de l'Hygiène et de l'Assistance.

*Membres Suppléants* : MM. les Docteurs CONDOMINE et R. DEDIEU-ANGLADE.

#### QUESTIONS DONNÉES AU CONCOURS

1<sup>o</sup> ADMINISTRATION : Droits de réclamations des aliénés, de leur famille, et de leurs amis. Voies de recours aux autorités administratives et judiciaires.



Questions restées dans l'urne : Relations des médecins-directeurs et des médecins-chefs de service avec les préfectures. Rôle du préfet dans l'application des lois et règlements régissant les établissements d'aliénés. — Etablissement et production annuelle des comptes administratifs, des comptes de gestion, et du rapport moral des établissements publics d'aliénés.

2° ANATOMIE et PHYSIOLOGIE : *Lobe préfrontal*. Anatomie et Physiologie.

Questions restées dans l'urne : Anatomie et physiologie des connexions nerveuses expliquant la pathogénie des vertiges et des diverses réactions qui les accompagnent. — Anatomie et physiologie de l'appareil nerveux du langage.

3° HYGIÈNE et PATHOLOGIE INTERNE : *Etiologie, prophylaxie et traitement des escarres. Aménagement, organisation et fonctionnement d'un service d'aliénés grabataires.*

Questions restées dans l'urne : Signes, diagnostic, traitement et prophylaxie des accidents et des intoxications imputables aux médications anti-syphilitiques. — Rôle des matières fécales dans la propagation des maladies transmissibles. Prophylaxie des maladies ainsi transmises, évacuation et traitement des nuisances dans les asiles d'aliénés.

4° PATHOLOGIE MENTALE : *Troubles mentaux dans les traumatismes crâniens.*

Questions restées dans l'urne : La démence organique. — Les éléments du pronostic en clinique psychiatrique.

A la suite de ce Concours ont été désignés pour remplir les fonctions de *Médecin des Asiles publics d'aliénés* :

1. M. GUILBERT, 2. M. TUSQUES, 3. *ex-æquo*, MM. BALVET et HÉDOUIN, 5. M. BEAUJARD, 6. Mme ANDRÉ, 7. M. AUBIN, 8. M. de BOUCAUD, 9. M. GARDIEN, 10. M. ROYER.

## Asile de Bron

Le Conseil général du département du Rhône a décidé que l'Asile public départemental d'aliénés de Bron prendrait à l'avenir le nom d'*Hôpital départemental du Vinatier*.

## ASSISTANCE

### L'assistance aux psychopathes non internés

Dans sa séance du 29 mai 1936, la 4<sup>e</sup> section du Conseil supérieur de l'Assistance publique a chargé M. le D<sup>r</sup> RAYNIER, Inspecteur général des services administratifs, et M. le D<sup>r</sup> LAUZIER, Médecin des Asiles publics d'aliénés, de lui présenter en 1937 un rapport sur : *L'assistance aux psychopathes non susceptibles d'être internés ou en convalescence.*

**ACADÉMIE DE MÉDECINE**

M. le D<sup>r</sup> COLOMBANI, Directeur Honoraire de la Santé publique du Protectorat français au Maroc, est nommé *membre correspondant de l'Académie de Médecine*.

**UNIVERSITÉ DE LAUSANNE**

M. le D<sup>r</sup> H. STECK est nommé Professeur de Clinique psychiatrique à l'Université de Lausanne et Directeur de l'Asile Cantonal de Céry-sur-Lausanne (Vaud).



---

*Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.*

---

Cahors, Imprimerie COUESLANT (*personnel intéressé*). — 52.342

# SOMMAIRE DU N° 1 (tome I), JANVIER 1936

## MÉMOIRES ORIGINAUX

|  |    |
|--|----|
| L. VAN BOGAERT. — Les aspects familiaux des paroxysmes réflexes du tonus (Contribution à l'étude des faits de Cataplexie et d'Hypertonie dites affectives et de leurs relations avec la pathologie constitutionnelle)..... | 1  |
| J. HAMEL, R. BUISSON et M. CHAVAROT. — Nouvelles recherches sur l'acide formique dans le liquide céphalo-rachidien (d'après la méthode de Toyé et Jaulmes).....  | 28 |
| W. RIESE et A. RÉQUET. — Une correspondance de Kant sur les rapports de l'âme et du cerveau (Première traduction française des lettres de E. Kant à S. Th. Sømmerring), avec une note préliminaire .....                   | 44 |

## SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

|   |    |
|---|----|
| Liste des Présidents, Secrétaires généraux et Trésoriers de la Société Médico-Psychologique (1852-1936) ..... | 52 |
| Bureau pour 1936 .....  | 54 |
| Liste des membres .....   | 54 |

Séance du jeudi 9 janvier 1936

|  |    |
|--|----|
| P. COURBON et C. FEUILLET. — Syndrome infundibulaire, trophœdème et troubles mentaux ..... | 73 |
|--|----|

(Suite du sommaire page II).

**CHATEAU DE**  
**DIRECTEUR: D<sup>r</sup> Gaston MAILLARD**  
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris  
Médecin de Bicêtre et de la Salpêtrière  
**Médecin-adjoint: D<sup>r</sup> Charles GRIMBERT**  
**— MAISON DE SANTÉ MODERNE —**  
**POUR DAMES ET JEUNES FILLES**



**L'HAY-LES-ROSES**

INSTALLATION  
DE  
premier ordre  
Notée sur demande  
2, rue Dispan

**L'HAY-LES-ROSES**  
(SEINE)  
TÉLÉPHONE : 6

**AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX**  
**— CURES DE DÉSINTOXICATION —**  
**— DE REPOS ET DE RÉGIMES —**

|  |    |
|--|----|
| R. ANGLADE et L. VIDART. — Epilepsie généralisée. Ralentissement intellectuel et tumeur cérébrale probable ..... | 77 |
|--|----|

*Séance du lundi 27 janvier 1936*

|   |    |
|---|----|
| Allocution de M. Th. Simon, président sortant ..... | 87 |
| Allocution de M. Cl. Vurpas, président. ....        | 88 |
| Adoption du procès-verbal .....                     | 89 |
| Correspondance .....                                | 89 |
| Commission des prix .....                           | 90 |
| Election d'un membre correspondant national .....   | 91 |
| Election d'un membre titulaire .....                | 91 |
| Commission chargée d'étudier la question            |    |

|   |     |
|---|-----|
| des Assistantes sociales .....  | 91  |
| H. BERSOT. — Vitamine C, précaréence et neuro-psychiatrie .....   | 92  |
| E. MINKOWSKI et Mlle A. SILZ. — L'assistance aux enfants difficiles au Foyer de Soullins .....  | 92  |
| J. PICARD. — Exhibitionnisme et acromégalie .....   | 100 |
| G. PETIT et J. DELMOND. — Syndrome d'Adie et syndrome neuro-anémique à type de psychose polynévritique. Amélioration par la méthode de Castle ..... | 106 |
| X. et P. ABÉLY, M. et Mme COULÉON. — Une nouvelle réaction hypophysaire applicable à la psychose intermittente ....                                 | 113 |

## SOCIÉTÉS

### Société de Neurologie de Paris

*Séance du jeudi 9 janvier 1936*

|   |     |
|---|-----|
| BARRÉ. — A propos des arachnoïdites primitives sans lésions médullaires ..... | 119 |
| Th. ALAJOUANINE, THUREL et BRUNELLI. — Sur les                                |     |

|  |     |
|--|-----|
| caractères des douleurs fulgurantes du tabès .....   | 119 |
| LAIGNEL-LAVASTINE et J. VOISIN. — Syndrome de Claude-Bernard-Horner par blessure intra-orbitaire et signe d'Argyll-Robertson traumatique ..... | 119 |
| CLAUDE et COSTE. — Présentation d'un cas de ma-  |     |

(Suite du sommaire page IV).

## MAISON DE SANTÉ DE BELLEVUE (S.-et-O.)

8, Avenue du 11 Novembre -:- Observatoire 10-62

MÉDECIN-DIRECTEUR : D<sup>r</sup> BUSSARD  
MÉDECIN ASSISTANT : D<sup>r</sup> Paul CARRETTE

✧  
Maladies  
du  
Système  
nerveux  
et de la  
Nutrition  
✧



Psycho-  
névroses  
✧  
Intoxica-  
tions  
✧  
Convales-  
cences

Cet établissement, situé sur le coteau de Bellevue, à proximité du bois de Meudon, est composé de plusieurs pavillons dans un parc. Il offre tout le confort moderne, éclairage électrique, eau courante chaude et froide dans les chambres, chauffage central.

# CHATEAU DE SURESNES

Téléphone : SURESNES 2.88

Maison  
de Santé  
de Repos  
de Régimes



FONDÉE PAR

M. le D<sup>r</sup> MAGNAN

Membre de  
l'Académie de Médecine



Le Château

La Maison de Santé du Château de Suresnes est située à la Porte de Paris (sortie du Bois de Boulogne), dans un grand parc.

Remise à neuf et embellie depuis la guerre, la maison reçoit, dans des parties distinctes (château et pavillons dispersés dans la verdure du parc), des convalescents, neurasthéniques, nerveux, intoxiqués ou psychopathes.

Château et pavillons réunissent toutes les conditions les meilleures d'hygiène et de bien-être (chauffage central, eau chaude, électricité, eau de source), etc.

Les personnes qui y séjournent peuvent y disposer à leur gré d'une chambre meublée avec luxe, d'un cabinet de toilette, d'un salon, d'une salle de bains, etc.

Les Médecins de la Maison de Santé et leurs familles prennent leurs repas avec les pensionnaires qui désirent fréquenter la salle à manger.

La Maison est largement ouverte à Messieurs les Médecins, qui peuvent ainsi continuer à suivre leurs malades.

## HYDROTHÉRAPIE - ÉLECTROTHÉRAPIE

MÉDECINS DIRECTEURS :

D<sup>r</sup> FILLASSIER O. \*  D<sup>r</sup> DURAND-SALADIN

NOTICE SUR DEMANDE

Communications : Tramway du Val d'Or à la Porte Maillot



|   |     |
|---|-----|
| ladie de Steiner .....  | 120 |
| C. VINCENT. — A propos du repérage radiographique du rocher dans les tumeurs de la huitième paire .....               | 120 |
| A. THOMAS, Th. DE MARTEL et GUILLAUME. — Un cas d'ablation partiel du lobe frontal sans troubles de l'équilibre ..... | 120 |
| O. CROUZON et J. CHRISTOPHE. — Myoclonies rythmées vélo-pharyngolaryngées et myoclonies squelettiques .....           | 120 |
| J. LHERMITTE. — Symptomatologie de l'hémorragie du thalamus .....   | 121 |
| I. BERTRAND et K. MIYASHITA. — Etude anatomopathologique de l'encéphalite japonaise ...                               | 121 |
| J. DE MASSARY et R. ALBEISSAR. — Maladies de Schilder .....   | 121 |
| J. LHERMITTE et HASKOVEC. — L'action neurolytique du venin d'abeilles. — Etude expérimentale .....                    | 122 |
| GARCIN. — Un cas de pupille excentrique chez un malade atteint de néo-formation basilaire                             | 122 |
| DAVID. — Syndrome adipo-génital et acromégalie .....  | 122 |
| H. ROGER et J. OLMER. — Polynévrite neuro-ancienne des membres supérieurs .....                                       | 122 |

*Séance du jeudi 23 janvier 1936*

|  |     |
|--|-----|
| ANDRÉ-THOMAS. — Le faisceau rubrospinal chez l'homme ..... | 123 |
|--|-----|

|   |     |
|---|-----|
| Th. ALAJOUANINE et HORNET. — Etude des modifications des méninges dans certaines maladies du système nerveux central .....  | 123 |
| Th. ALAJOUANINE et HORNET. — Etude anatomoclinique d'un cas d'éclampsie .....   | 123 |
| P. SAINTON et J. LHERMITTE. — Neurinomes multiples (gliomes périphériques développés exclusivement sur le territoire du nerf sciatique)   | 123 |
| J. LHERMITTE, J. LEREBoullet et KAPLAN. — Ramollissement hémorragique d'origine veineuse chez un enfant atteint de malformation cardiaque .....   | 124 |
| J. LHERMITTE et J.-O. TRELLES. — Incrustations des cellules corticales dans la chorée chronique non huntingtonienne .....   | 124 |
| J. LHERMITTE et BEAUDOIN. — Paralysie flasque au cours d'un cancer de la prostate.....  | 124 |
| J.-A. BARRÉ, Mlle S. ROUSSET et C. D'ANDRADE. — Troubles démentiels. — Signe d'Argyll-Robertson sans syphilis nerveuse. — Syndrome détrospinal avec aréflexie vestibulaire par artériolite et veinulite intracérébrale en zones | 124 |
| I. BERTRAND et K. MIYASHITA. — Les périvasculaires dans les affections nerveuses inflammatoires .....   | 125 |
| I. BERTRAND et K. MIYASHITA. — Les périvasculaires dans les affections nerveuses dégénératives .....  | 125 |

(Suite du sommaire page VI).

# MAISON DE SANTÉ

— D'IVRY-SUR-SEINE —

23, Rue de la Mairie à IVRY

Téléphone : Gob. 01.67

## MALADIES MENTALES & NERVEUSES

**NOMBREUX PAVILLONS**

**DANS UN PARC DE 12 HECTARES**

**Médecin-Directeur : Docteur A. DELMAS**

*Ancien chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris*

**Médecin-adjoint : Docteur P. DELMAS**

# VILLA DES PAGES

LE VÉSINET. (S.-et-O.)

40, Avenue Horace Vernet

TRAITEMENT DES AFFECTIONS NERVEUSES  
ET DES MALADIES DE LA NUTRITION  
REPOS, CONVALESCENCES, RÉGIMES

*Cures de désintoxication*

Psychothérapie, Rééducation, Physiothérapie



12 chalets pourvus du confort moderne  
disséminés dans un parc de 5 hectares.  
*Chambres ou appartements à plusieurs pièces*

La clinique est entièrement ouverte aux Médecins  
qui peuvent ainsi conserver la direction de leurs malades

Médecins directeurs : Docteurs LEULIER, MIGNON, CASALIS

Médecin assistant : Docteur LECLERCQ

Téléphone : LE VESINET 12

## Société de Médecine Mentale de Belgique

Séance du 21 décembre 1935

- H. BAONVILLE, J. LEY, A. MEYERS et J. TITECA. — Augmentation considérable du volume du crâne chez une adolescente ; troubles psychiques et épilepsie ; discussion du diagnostic..... 125
- BERRENS. — Recherche du virus tuberculeux dans le liquide céphalo-rachidien et le sang de déments précoces atteints de tuberculose non nerveuse ..... 126
- A. LEROY. — Recherches comparatives sur le sang de malades agités non soumis à un traitement par la diétylmalonylurée ..... 126

## Société belge de Neurologie

Séance du 21 décembre 1935

- R. LEY. — Le traitement du parkinsonisme post-encéphalitique ..... 127
- L. MASSION-VERNIORY. — Un cas atypique de myotonie atrophique ..... 127
- DIVRY et EVRARD. — Insuffisance motrice avec syndrome myotonique chez un débile mental ..... 127
- ANDERSEN. — Crise de rire spasmodique immédiatement avant le décès ; autopsie ; hémorragie thalamique double ..... 128

## ANALYSES

### JOURNAUX ET REVUES

#### Histoire de la Médecine.

- M. KLIPPEL. — Hippocrate philosophe. (Les sources philosophiques de ses aphorismes)... 129

#### Psychiatrie.

- H. HARRIS. — L'anxiété. Sa nature et son traitement ..... 130

- I. GOTTSCHICK. — Remarques sur le problème des psychoses symptomatiques ..... 130
- G. BIANCHI. — Des rapports étiopathogéniques entre le cancer et les maladies mentales.. 131
- B. FRANK. — Phénomènes de dépersonnalisation dans les maladies cérébrales ..... 131
- EWALD. — De l'indigence intellectuelle..... 131
- C.-J.-C. EARL. — La psychosé catatonique primitive de l'idiotie ..... 132

(Suite du sommaire page VIII).

# CHATEAU DES COUDRAIES

Ancienne Institution d'Eaubonne (fondée en 1847)

Magnifique Parc de 5 hectares, adossé à la forêt de Sénart. Très belle vue sur la vallée de la Seine. Très grand confort. Eau courante, chaude et froide, dans toutes les chambres, électricité, chauffage central, installation hydrothérapique complète. Rayons U. V. Jardinage. Horticulture. Potagers de 20.000 m<sup>2</sup>. Tennis.



## ÉTIOLLES (S.-&-O.)

### ENFANTS ET JEUNES GENS ARRIÉRÉS

Éducation et Traitement  
des déficients intellectuels  
à tous les degrés

DIRECTEURS  
D<sup>rs</sup> M. et J. de CHABERT  
de 2 à 5 heures  
sauf jeudis et dimanches  
25 km. de PARIS  
gare Evry-Petit-Bourg (P.-L.-M.)  
Arrêt des autocars Citroën  
27 - 28 - 29 : Dép. de Paris,  
pl. Penfert-Rochereau  
Tél. Corbeil 226

PRIX DE PENSION A PARTIR DE 750 FR. PAR MOIS

# SAINT-RÉMY

CLINIQUE MÉDICALE

46, Boul. Carnot      Tél. Régional 755 et 850

LE VÉSINET (S.-et-O.).



-- -- TRAITEMENT -- --  
des affections du Système nerveux, des  
intoxications et des maladies de la nutrition

Repos — Convalescences — Régimes  
Electrothérapie — — Hydrothérapie

Dans banlieue agréable, paisible et saine.  
Très belle installation modèle, 6 pavillons séparés  
- - dans un parc fleuri de 2 hectares - -

Chambres gaies, meublées avec goût, très confortables,  
cabinets de toilette avec S. B. et W. C. privés.  
Galeries ensoleillées. Terrain et salons de jeux.  
- Excellente cuisine bourgeoise et de régimes -

NI MALADES CONTAGIEUX OU BRUYANTS

-- -- MÉDECIN-DIRECTEUR -- --  
-- D<sup>r</sup> P. ALLAMAGNY --

avec la collaboration du D<sup>r</sup> VIGNAUD,  
ex-Directeur de la Maison de Santé de Vanves  
-- -- et d'un médecin assistant -- --

- H. Ex. — Position actuelle des problèmes de la démence précoce et des états schizophréniques ..... 132
- N. ANCOCHEA et C. RODRIGUEZ-CUEVILLAS. — Les recherches végétatives dans la schizophrénie par la technique de Danielopolu..... 132
- P.-E. BECKER. — Le dessin des schizophrènes 133

## Neurologie.

- F. SJÖGREN. — Recherches hérédo-pathologiques sur la chorée de Huntington, dans une population paysanne suédoise ..... 133
- O. CROUZON et J. CHRISTOPHE. — Compressions médullaires dans la neurofibromatose .. 134
- R. UTTL et J. CERNACEK. — Thrombose des vaisseaux avec signes de lésion transversale de la moelle ..... 134
- S.-A. FREIMAN. — De la myélite compliquant la grossesse et l'accouchement ..... 134
- A. AUSTREGESILLO. — Myéloses funiculaires. 134
- Th. AJAJOUANINE et R. THUREL. — Les ostéoarthropathies vertébrales tabétiques (étude radiographique) ..... 135
- J.-N. KORGANOW. — Contribution à la clinique et à l'histopathologie de la paralysie ascendante de Landry ..... 135
- A. SOUQUES et I. BERTRAND. — Un cas anatomo-

clinique atypique de névrite hypertrophique progressive de l'enfance ..... 135

## Thérapeutique.

- BOSCHI. — Le traitement des affections toxi-infectieuses chroniques du névraxe par l'autohématothérapie associée à la provocation de méningites aseptique (autohémato-névroxothérapie) 135
- R. HAMET. — Les médicaments sympathicolitiques ..... 136
- L. DELHERM et BEAU. — La radiothérapie du sympathique ..... 136
- R. LERICHE et R. FONTAINE. — Technique de l'infiltration novocaïnique du sympathique lombaire ..... 136
- PASTEUR VALLERY-RADOT. — Traitement des migraignes ..... 136
- F. ODY. — Traitement chirurgical de la névralgie essentielle et paroxystique du grand nerf d'Arnold. (Résection rétroganglionnaire du grand nerf d'Arnold par trépanation atlandoïdo-occipitale) ..... 137
- Ch. LENORMAND. — Les indications thérapeutiques précoces dans les fractures de la base du crâne ..... 137
- R. LERICHE. — Des amputations du point de vue de la mortalité, de la technique et de la physiologie. De l'amputation considérée comme un acte de chirurgie nerveuse ..... 137

(Suite du sommaire page X).

# INSTITUT MÉDICO-PÉDAGOGIQUE DE VITRY-SUR-SEINE

**Adresse :** 22, rue Saint-Aubin, Vitry-sur-Seine (Seine). *Téléphone : Italie 06-96.* Renseignements à l'Etablissement ou 164, faubourg St-Honoré (VIII<sup>e</sup>), chez le D<sup>r</sup> Paul-Boncour. *Téléphone : Elysées 32-36.*

**Affections traitées :** Maison d'éducation et de traitement pour enfants et adolescents des deux sexes : retardés, nerveux, difficiles, etc.

**Disposition :** Pavillons séparés. Parc de 5 hectares.

**Confort :** Eau courante chaude et froide. Chauffage central.

**Traitement :** Hydrothérapie.

**Directeurs :** D<sup>r</sup> Paul-Boncour, O. \* et G. Albouy.





# LES RIVES DE PRANGINS

PRANGINS près NYON (Suisse)

## ETABLISSEMENT DE PSYCHOTHÉRAPIE

CONFORT MODERNE

Chambres seules ou appartements de une ou plusieurs pièces  
-- -- Magnifique situation au bord du Léman -- --  
-- A 22 km. de Genève sur la route de Lausanne -- --  
Six villas disséminées dans un grand parc de 45 hectares



## TRAITEMENT DES AFFECTIONS NERVEUSES

ANALYSES PSYCHOLOGIQUES - CURES DE REPOS - RÉGIMES  
SUGGESTION - RÉÉDUCATION - PHYSIOTHÉRAPIE

Traitement organothérapique avec contrôle biologique (Cures d'insuline, pyrothérapie, malarithérapie) — Laboratoire d'analyses — Rayons X

-- -- Divers ateliers très bien installés -- --  
Etudes et leçons particulières dans l'établissement  
-- -- Sports d'été et sports d'hiver -- --  
-- Trois tennis — Bains du lac — Equitation --

Cinq médecins et un nombreux personnel spécialisés assurent le traitement

Prix de pension variant suivant la nature du traitement  
et le genre de l'installation choisie (à partir de Fr. suisses 25 par jour)

DEMANDEZ PROSPECTUS A L'ADMINISTRATION

Adresse télégraphique :  
RIVAPRANGINS NYON

Téléphones { Administration : Nyon 95.442  
Service Médical : Nyon 95.441  
(de préférence entre 11 heures et midi)

Médecins-chefs { D<sup>r</sup> O.-L. FOREL, Privat-Docent à l'Université de Genève ;  
D<sup>r</sup> R. de SAUSSURE, Privat-Docent à l'Université de Genève.

## VARIÉTÉS

### Société Médico-Psychologique :

|                        |     |
|------------------------|-----|
| Séances .....          | 138 |
| Légion d'honneur ..... | 138 |
| Dîner annuel .....     | 138 |

### Prix de la Société Médico-Psychologique :

|                  |     |
|------------------|-----|
| Année 1937 ..... | 139 |
| Année 1938 ..... | 139 |
| Année 1939 ..... | 140 |

### Asiles publics d'aliénés :

|   |     |
|---|-----|
| Nominations .....   | 140 |
| Postes vacants .....                                      | 140 |
| Distinctions honorifiques .....                           | 141 |
| Hommage de la Ville de Paris à la mémoire de Magnan ..... | 141 |
| Concours pour la nomination à deux emplois                |     |

de Médecin-Chef de Service dans les Asiles publics d'aliénés du département de la Seine .....

|  |     |
|--|-----|
| Un infirmier victime d'un aliéné .....                       | 142 |
| Etablissements d'aliénés classés monuments historiques ..... | 142 |

### Hygiène et prophylaxie :

|  |     |
|--|-----|
| Inventaire des établissements destinés à la rééducation des enfants anormaux ..... | 143 |
| L'examen pré-nuptial aux Etats-Unis ...  | 143 |

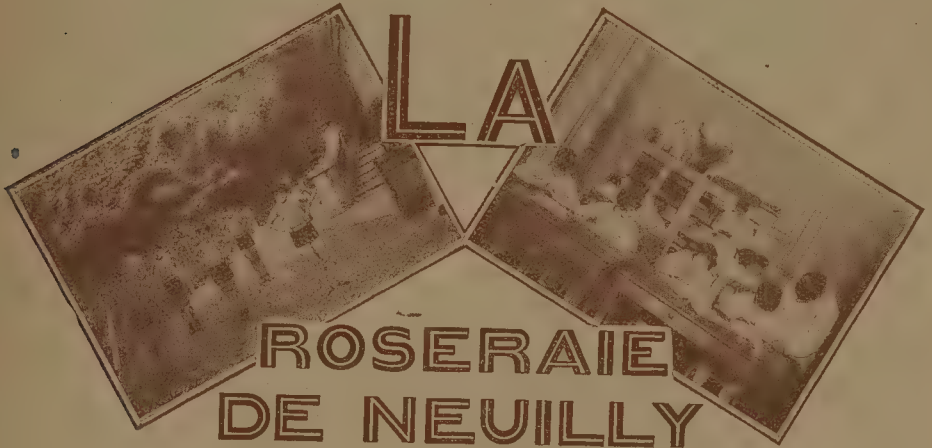
### Réunions et Congrès :

|  |     |
|--|-----|
| II <sup>e</sup> Congrès International d'Hygiène mentale    | 143 |
| Première Conférence Internationale de pyrétothérapie ..... | 143 |
| Faculté de Médecine d'Alger .....                          | 144 |

## INFORMATIONS

3<sup>e</sup> Congrès International de Pathologie comparée à la Faculté de Médecine d'Athènes, du 15 au

18 avril 1936 ..... XI



12, Boul. du Château -- NEUILLY-SUR-SEINE  
Tél. : Maillot 20-92

**CENTRE MÉDICO-PÉDAGOGIQUE** pour le traitement individuel des enfants présentant du retard intellectuel, de l'instabilité, de l'apathie, des troubles nerveux, des impotences fonctionnelles, sous la surveillance du D<sup>r</sup> Suzanne SERIN.

Rééducation et traitement adapté à chaque cas. Personnel spécialisé. Atmosphère familiale. Grand jardin ensoleillé. Etablissement ouvert aux médecins qui peuvent continuer à suivre leurs malades. Ni contagieux, ni pervers, ni épileptiques.

Directrice : Madame P. BAYARD

# DIVONNE-LES-BAINS

OUVERT  
TOUTE  
L'ANNÉE

Altitude 519 m. (Genève 16 km.) — AIN

LA GRANDE STATION FRANÇAISE DE REPOS

-- -- dans un parc de 100 hectares -- --

-- Indication spéciale de cure pour les --  
troubles fonctionnels du SYSTÈME NERVEUX  
ET DES MALADIES DE LA NUTRITION  
qui s'y rattachent

## Etablissement hydrothérapique dans le parc.

Hydrothérapie. Psychothérapie. Cures d'air, de repos,  
d'exercices et de régimes. Massothérapie. Electrothé-  
rapie. Radiologie

## Les Hôtels dans le Parc.

Hôtel du Golf. Première réalisation hôtelière de la sup-  
pression des bruits. Hôtel Chicago. Le Grand Hôtel.

Maison de Régime, sous la direction d'un médecin  
spécialisé, secondé d'un personnel compétent. Cuisine  
de diététique. Laboratoire d'analyses et de recher-  
ches biologiques.

## Distractions.

Théâtre. Concerts. Cinéma. Parc pour enfants

## Tous les sports.

Golf 18 trous. Tennis. Promenades. Canotage (5 km. du  
lac). Pêche à la truite

Directeur Général : TARTAKOWSKY

## INFORMATIONS

### 3<sup>e</sup> CONGRES INTERNATIONAL DE PATHOLOGIE COMPAREE à la Faculté de Médecine d'Athènes du 15 au 18 avril 1936

Sous la Présidence de M. le Professeur W. Bensis,  
Professeur à la Faculté de Médecine d'Athènes,  
Membre Correspondant de l'Académie de Médecine de Paris

SOUS LE HAUT PATRONAGE  
de

M. le Président du Conseil Hellénique.  
M. le Ministre de l'Intérieur.  
M. le Ministre de l'Instruction Publique.  
M. le Ministre de l'Hygiène.  
MM. les Membres du Gouvernement.  
M. le Préfet d'Athènes.  
M. le Maire d'Athènes.  
M. le Président de l'Académie d'Athènes.  
M. le Recteur de l'Université d'Athènes.  
M. le Doyen de la Faculté de Médecine d'Athènes.  
La Société Internationale de Pathologie Comparée.

Le Comité français est sous la direction de MM. : *Président* : Ch. ACHARD, Prof. Fac. de Méd., Membre de l'Institut, Secr. Gén. de l'Acad. de Méd., *Présid.* du 2<sup>e</sup> Congrès en 1931. — *Secrétaire* : Charles GROUET, Secrétaire Général du Comité Français et du Comité International Permanent des Congrès de Pathologie Comparée.

(A suivre, page d'annonces XIV).

### CENTRE MÉDICO - PSYCHOLOGIQUE POUR ENFANTS

## “ La Métairie ”

-- NYON (Vaud) -- SUISSE -- Tél. : Nyon 95.626 --



Traitement des troubles nerveux de l'enfance.  
Action pédagogique combinée au traitement  
médical. Individualisation de l'enseignement.  
-- -- Séjours d'observation. -- --  
Institut pathopsychologique spécialisé  
pour examens et expertises neurologi-  
-- -- ques et psychologiques. -- --  
Consultations tous les jours. Dr Guillerey,  
Médecin Directeur, Dr Duby, Dr Calame.  
Médecin consultant : Professeur d'Université  
Dr O. Loewenstein. -- -- -- --

# MAISON DE SANTÉ

161, rue de Charonne -- PARIS-XI<sup>e</sup>

Téléphone : ROQUETTE 05-05

Traitement des maladies mentales et nerveuses des deux sexes

Grand parc de 2 hectares en plein Paris

Pavillons et jardins séparés

Directeur : le D<sup>r</sup> CL. VURPAS

*Médecin de La Salpêtrière*

Les familles sont reçues tous les jours de 2 heures à 5 heures

## VILLA PENTHIÈVRE

*Maison de Santé et de Convalescence*

SCEAUX (Seine) Tél. 12

**PSYCHOSES — NÉVROSES**



MÉDECIN-DIRECTEUR : D<sup>r</sup> BONHOMME, Ancien Interne des Asiles de la Seine

MÉDECINS ASSISTANTS : D<sup>r</sup> CODET, Ancien Chef de Clinique de la Faculté  
D<sup>r</sup> PICHARD, Ancien Interne des Hôpitaux



### 3<sup>e</sup> CONGRÈS INTERNATIONAL DE PATHOLOGIE COMPAREE (suite)

Les deux premiers Congrès de Pathologie Comparée ont eu lieu à Paris, le premier en octobre 1912, le deuxième en octobre 1931. Ils ont remporté un succès aussi légitime qu'éclatant.

Le 3<sup>e</sup> Congrès, qui fut confié à la Grèce, a dû être ajourné jusqu'en avril 1936 (date définitive).

L'annonce de ce Congrès, comme celle des Congrès précédents, reçut partout le meilleur accueil. Toutes les Nations ont déjà constitué leurs comités nationaux ou sont en train de les constituer. Le succès scientifique du Congrès est d'ores et déjà magnifiquement assuré.

Le Comité d'organisation hellénique, soucieux de faire profiter ses hôtes illustres des beautés naturelles ainsi que des souvenirs historiques de notre pays, s'efforce d'organiser leur séjour de telle façon qu'en peu de jours ils puissent visiter les plus réputées parmi les antiquités de la Grèce. Il était même en train d'organiser une croisière de 19 jours (journées du Congrès comprises), qui leur aurait permis d'effectuer cette visite dans les meilleures conditions de confort. Entre temps les événements mondiaux ont forcé le Comité d'organisation de modifier partiellement son programme. Il espère fermement, si des événements nouveaux ne viennent compliquer la situation internationale, pouvoir réaliser cette croisière dont l'étude est déjà poussée.

#### BUT DU CONGRES

Le 3<sup>e</sup> Congrès International de Pathologie Comparée, dont le but est exclusivement scientifique, s'occupera non seulement des maladies communes à l'homme et aux animaux dans toute la série, mais aussi des rapports pouvant exister entre les maladies des différentes espèces.

Il s'occupera également de Pathologie Végétale et des relations possibles entre certaines maladies des plantes et celles des animaux. La Section de Pathologie Végétale ne traitera qu'une seule question, celle de l'immunité chez les végétaux. L'ampleur en est telle qu'elle fut départagée en plusieurs rapports.

Bureaux du Congrès : 15, rue Hippocrate (Club Universitaire), Athènes.

(A suivre, page d'annonces XVIII).

# CLINIQUE BELLEVUE

Le Landeron, près Neuchâtel (Suisse)

Etablissement  
neuro-psychiatrique

Installations moder-  
nes et confortables



CURES  
de désintoxication,  
de repos  
et d'isolement.  
Psychothérapie.

Vastes parcs ombragés. Vie de famille.

Prospectus — Prix très modérés

Directeur : D<sup>r</sup> H. BERSOT

# LABORATOIRES AMIDO

A. BEAUGONIN, Pharmacien

4, Place des Vosges, 4 — PARIS, 4<sup>e</sup> Arr<sup>t</sup>

## AMIDAL

Poudre — Comprimés — Cachets — Dragées

Deux à quatre cuillérées à café,  
ou quatre à huit comprimés, dragées  
ou cachets par jour

Entérites aiguës et chroniques.  
Entéro colites. Dysenterie.  
Toutes les Diarrhées.  
La constipation spasmodique.

## VITAMYL IRRADIÉ

Extrait concentré de vitamines A. B. et C.

Ergostérol irradié  
Une cuillérée à café  
avant chacun des trois repas.

Carences et Pré-carences.  
Rachitisme.  
Déminéralisation.  
Troubles de la Croissance

## GÉNÉSÉRINE

OLONOVSKI et NITZBERG

Deux à trois granules ou dragées ou 20 à 30  
gouttes à chacun des trois repas ou une ampoule  
injectable chaque jour pendant 10 jours.

Hypo-acidité gastrique.  
Syndrome solaire.  
Dyspepsie atonique.  
Palpitations et Tachycardie  
des cœurs nerveux.

## GÉNATROPINE

OLONOVSKI et NITZBERG

2 granules, ou 20 gouttes, 2 à 3 fois par jour,  
entre les repas de préférence.  
1 ampoule injectable par jour.

Hyperchlorydrie.  
Spasmes digestifs — Vomissements.  
Coliques — Diarrhées.

## GÉNOSCOPOLAMINE

OLONOVSKI et NITZBERG

4 à 8 granules, ou 40 à 80 gouttes par jour,  
en 2 ou 3 prises, 1 ampoule par jour.

Maladie de Parkinson.  
Syndromes post-encéphalitiques.  
Anesthésie chirurgicale ou obstétricale.

## GÉNHYOSCYAMINE

OLONOVSKI et NITZBERG

2 granules, ou 20 gouttes, 2 à 3 fois par jour  
entre les repas de préférence.  
1 ampoule par jour.

Spasmes digestifs.  
Tremblements.  
Syndromes parkinsoniens.  
Sueurs des tuberculeux.

## GÉNOSTRYCHNINE

OLONOVSKI et NITZBERG

ou

Ampoules — Goutte — Granules

## GÉNOSTHÉNIQUES

Cacodylate de Génostrychnine et de Gènesérine.

2 granules, ou 20 gouttes à chacun des trois repas.  
1 ampoule injectable chaque jour.

Asthénie.  
Neurasthénie — Surmenage.  
Anémie — Convalescence.  
Paralysies atoniques.

## GENOMORPHINE

OLONOVSKI et NITZBERG

En comprimés dosés à 2 Ctrgs (2 à 3 fois  
par jour) ou en ampoules injectables  
dosées à 4 Ctrgs.

La Douleur.  
L'Anxiété — l'Agitation.  
Les Dyspnées spasmodiques.  
La Démorphinisation.

ÉCHANTILLONS MÉDICAUX SUR DEMANDE

renéjac

# Cardenal

PHÉNYL - ÉTHYL - MALONYLURÉE

ÉPILEPSIE  
CONVULSIONS  
ÉTATS ANXIEUX  
INSOMNIES REBELLES

EN TUBES DE COMPRIMÉS  
A 0<sup>GR</sup>10, 0<sup>GR</sup>05 ET 0<sup>GR</sup>01

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE  
SPÉCIA

MARQUES POULENC FRÈRES ET USINES DU RHÔNE  
86, RUE VIEILLE DU TEMPLE - PARIS. 3<sup>ÈME</sup>



## CLINIQUE MÉDICALE DE FONTENAY-S.-BOIS

(Seine)

6, Avenue des Marronniers — Tél. : Tremblay 12-87

Médecin-Directeur :

Docteur G. COLLET, Ancien interne des Asiles de la Seine

### TRAITEMENT DES MALADIES NERVEUSES

ISOLEMENT — PSYCHOTHÉRAPIE — RÉGIMES — HYDROTHÉRAPIE  
ÉLECTROTHÉRAPIE

ÉTABLISSEMENT SITUÉ EN BORDURE DU BOIS DE VINCENNES — PARC

PAVILLONS SPÉCIAUX POUR DAMES ET JEUNES FILLES

MAISON de REPOS pour PERSONNES AGÉES et pour CONVALESCENTS

MOYENS DE COMMUNICATIONS FACILES AVEC PARIS

*Chemin de fer de Vincennes, Place de la Bastille, à Paris*

*Autobus n° 122 au Château de Vincennes (Station du Métro).*

## INSTITUT MÉDICAL PRIVÉ

POUR

## ENFANTS RETARDÉS ET NERVEUX

LE HOHWALD (Bas-Rhin)

Station climatérique (600 mètres)

SONT ADMIS : 1° Les déficients mentaux (instables, asthéniques, nerveux).

2° Les arriérés accidentels.

3° Les retardés par suite de chétivité constitutionnelle.

**NOUS N'ACCEPTONS QUE DES ENFANTS RÉÉDUCABLES  
ET NON CONTAGIEUX**

Surveillance médicale rigoureuse. Education médico-pédagogique adaptée  
aux cas particuliers. Rythmique. Jeux et sports (sports d'hiver 1.099 m.).  
Cure d'air et de soleil. Climat tonifiant.

**DIRECTION :**

**E. HAAS HAUTVAL — M<sup>lle</sup> Dr H. HAAS HAUTVAL**

### 3<sup>e</sup> CONGRES INTERNATIONAL DE PATHOLOGIE COMPAREE (suite)

#### BUREAU DU CONGRES

MM.

*Président* : W. BENIS, Professeur de Clinique Médicale à la Faculté de Médecine d'Athènes, Membre Correspondant de l'Académie de Médecine de Paris.

*Vice-Présidents* : A. ARAVANTINOS, Professeur de Clinique Propédeutique à la Faculté d'Athènes ; M. GEORGOPOULOS, Professeur de Thérapeutique à la Faculté d'Athènes ; B. KRIMBAS, Professeur de Viticulture à l'Ecole d'Agriculture Supérieure, Directeur Général au Ministère de l'Agriculture ; D. PETRIDÈS, Docteur, Vétérinaire Général ; M. SAKORRAFOS, Professeur de Clinique Médicale à la Faculté d'Athènes.

*Secrétaire Général* : A. CODOUNIS, Professeur Agrégé à la Faculté d'Athènes.

*Secrétaire Adjoint* : N. TZORTZAKIS, Docteur, Chef de la Section Vétérinaire du Laboratoire Bactériologique au Ministère de l'Agriculture.

*Secrétaires Administratifs* : D. LIAROS, Docteur, Vétérinaire Départemental ; E. MATHEAKIS, Docteur, Lieutenant Vétérinaire.

*Trésorier* : A. GOUTTAS, Professeur Agrégé à la Faculté d'Athènes.

*Trésorier Adjoint* : G. NONIS.

#### ORDRE DU JOUR

##### *Sujets*

Les sujets suivants sont inscrits à l'ordre du jour :

##### SECTION DE MÉDECINE HUMAINE

- 1) *Echinococcoses.*
- 2) *Néphroses et amyloses.*
- 3) *Leishmanioses.*
- 4) *Spirochétoses.*
- 5) *Avitaminoses : Influence sur les fonctions digestives.*

##### SECTION DE MÉDECINE VÉTÉRAIRE

- 1) *Les échinococcoses chez les animaux domestiques.*
- 2) *Les spirochétoses animales.*

(A suivre page d'annonces XX).

## MAISON de SANTÉ de PRÉFARGIER

===== près Neuchâtel, Suisse =====

Traitement  
des maladies  
nerveuses  
et mentales,  
de l'alcoolisme,  
des toxicomanies.



Installations  
modernes



Psychothérapie.



Traitement  
individuel.  
Occasions variées  
d'occupation  
rationnelle  
pour les  
pensionnaires

Situation ravissante au bord du lac de Neuchâtel  
Vaste parc de 30 hectares

Deux médecins spécialistes résidant à l'Etablissement  
Médecin-Directeur : Dr A. Koller — Médecin-Adjoint : Dr Ch. Barbezat

===== PROSPECTUS =====



# LE CASTEL D'ANDORTE

- 342, Route du Médoc -  
LE BOUSCAT, près Bordeaux  
- Téléphone : BORDEAUX 836-30 -

MALADIES MENTALES  
- ET NERVEUSES -

Médecin-Directeur :  
Docteur Pierre CHARON

## MAISON DE SANTÉ D'ÉPINAY-SUR-SEINE

(Fondée par le Dr Tarrius)

6, Avenue de la République, EPINAY-sur-SEINE

Téléphone : 68 St-Denis



Maladies mentales et nerveuses des deux sexes  
Désintoxications - Cures de repos - Hydrothérapie - Electrothérapie  
Rayons ultra-violet

### PAVILLONS SÉPARÉS ET VILLAS PARTICULIÈRES

très confortables au milieu d'un parc de 15 hectares

CHAUFFAGE CENTRAL -- ELECTRICITÉ -- CHAPELLE

L'établissement est largement ouvert à tous les Médecins  
qui peuvent continuer d'y traiter leurs malades

Moyens de communication : Tramway n° 54, Place de la Trinité-Enghien (s'arrête devant l'Etablissement). — Chemin de fer gare du Nord, trajet en 10 minutes. — Automobiles, route d'Enghien, 7 kilomètres de Paris.

### 3<sup>e</sup> CONGRES INTERNATIONAL DE PATHOLOGIE COMPAREE (suite)

- 3) *Les infections anaérobies chez les animaux domestiques.*
- 4) *Les varioles animales.*
- 5) *Les leishmanioses animales.*

#### SECTION DE PATHOLOGIE VÉGÉTALE

- 1) *L'immunité chez les végétaux.*

#### REGLEMENT

1<sup>o</sup> Le 3<sup>e</sup> Congrès International de Pathologie Comparée aura lieu à la Faculté de Médecine d'Athènes, du 15 au 18 avril 1936.

2<sup>o</sup> Ce Congrès, dont le but est exclusivement scientifique, s'occupera non seulement de maladies communes à l'homme et aux animaux dans toute la série, mais aussi des rapports pouvant exister entre les maladies des différentes espèces.

Il s'occupera également de pathologie végétale et des relations possibles entre certaines maladies des plantes et celles des animaux.

3<sup>o</sup> Il comprend :

Des membres d'honneur ;

Des membres actifs ;

Des membres associés, agréés par le Bureau.

Les membres de la famille des congressistes peuvent être inscrits au titre de membres associés. Ils seront admis aux séances, fêtes, réceptions et profiteront de tous les avantages accordés aux congressistes, mais ils ne pourront prendre part aux discussions.

Un Comité de dames sera constitué.

La cotisation est de 100 frs fr. pour les membres actifs et de 50 pour les membres associés.

Les délégués étrangers officiels sont exonérés du paiement de la cotisation.

4<sup>o</sup> Les adhésions devront être envoyées au Secrétaire Général ; elles devront indiquer très exactement les noms, qualités et adresses. Les congressistes recevront leur carte dès qu'ils auront payé leur cotisation.

(A suivre, page d'annonces XXI).

## ÉTABLISSEMENT HYDROTHÉRAPIQUE ET MAISON DE CONVALESCENCE

Docteur J.-B. BUVAT et Docteur G. VILLEY-DESMESERETS

*Anciens Internes des Asiles de la Seine*

*Médecins-Directeurs*

**VILLA MONTSOURIS**  
130, rue de la Glacière  
**PARIS**

Téléphone : Gobel. 05-40

**MARDI, VENDREDI**

**2 à 5**

**CHATEAU de l'ABBAYE**  
**VIRY-CHATILLON**  
(S.-et-O.)

Téléphone : Juvisy 76

**PARC : Huit Hectares**

**TRAITEMENT DES MALADIES  
NERVEUSES ET DES TOXICOMANIES**

— « PRIX MODÉRÉS » —

### 3<sup>e</sup> CONGRES INTERNATIONAL DE PATHOLOGIE COMPAREE (suite)

5<sup>o</sup> Les membres du Congrès bénéficieront d'avantages divers (chemins de fer grecs, compagnies de navigation, hôtels, restaurants, etc.).

Ils recevront le volume général des travaux du Congrès et les différents imprimés.

6<sup>o</sup> Les langues officielles du Congrès seront le grec, le français, l'allemand, l'anglais, l'italien et l'espagnol.

Les rapports et communications, qui seront présentés dans l'une des susdites langues, devront être accompagnés d'un court résumé écrit en français.

En raison des frais considérables de l'impression en langues étrangères, les rapports ne devront pas occuper plus de seize pages du compte rendu imprimé et les communications plus de deux pages ; dans le cas contraire, les frais supplémentaires d'impression devront être remboursés par les auteurs.

Au cours des séances, les orateurs pourront parler dans leur langue nationale.

Le résumé qu'ils devront donner de leurs observations devra être écrit en français.

Les auteurs devront, de toute façon, envoyer au Secrétariat Général du Congrès le résumé de leurs communications, en se faisant inscrire à l'ordre du jour.

7<sup>o</sup> Les rapports devront être adressés au Secrétaire Général avant le 1<sup>er</sup> août 1935, pour être imprimés avant l'ouverture du Congrès et envoyés aux congressistes.

En même temps devra être remis un abrégé d'environ une page, indiquant les grandes lignes du sujet. Ce résumé des rapports sera envoyé à chaque congressiste.

8<sup>o</sup> L'expérience des différents congrès ayant montré les inconvénients de la division en multiples sections séparées, qui met les congressistes dans l'impossibilité de suivre l'ensemble des travaux, il a été décidé qu'autant que possible les questions seraient traitées en séances plénières.

(A suivre page d'annonces XXII).

## CHATEAU DU BEL-AIR

VILLENEUVE-St-GEORGES, 15 minutes de Paris

65 trains par jour dans chaque sens

Voitures à la gare de Villeneuve-St-Georges : Trajet en 3 minutes

#### PARC

de 8 hectares  
à  
flanc de coteau  
au midi

—  
Confort Moderne

#### CHAMBRES

avec  
Salles de bains  
privées



Cures de Repos  
Convalescences  
Régimes  
Désintoxications  
Psychothérapie  
Héliothérapie  
Malaria-thérapie

—  
MÉDECINS  
SPÉCIALISTES  
résidant  
au Château

**D<sup>rs</sup> H. MEURIOT & REVAULT D'ALLONNES**

Ancienne Maison de Santé fondée par le D<sup>r</sup> Blanche à Passy

Téléphone 244 à Villeneuve-St-Georges

PRIX MODÉRÉS. — NOTICES ILLUSTRÉES SUR DEMANDE

### 3<sup>e</sup> CONGRES INTERNATIONAL DE PATHOLOGIE COMPAREE (suite)

9<sup>o</sup> L'exposé des rapports ne devra pas durer plus de vingt minutes. Leur texte ne devra pas excéder vingt-quatre pages du compte rendu imprimé (pages de quarante-cinq lignes de soixante-cinq lettres environ).

La durée des communications sera limitée à dix minutes et leur texte ne devra pas occuper plus de deux pages du compte rendu imprimé. Le texte des communications devra être remis immédiatement après la séance au secrétaire en fonctions et être accompagné d'un court résumé destiné à la presse.

Tous ces documents devront être dactylographiés, sans caractères douteux.

Si les mémoires comportent des figures ou des graphiques, les clichés devront en être fournis par les auteurs. Sinon ils seront établis à leur compte et pourront leur être donnés après l'impression du compte rendu.

Au cours des discussions, chaque argumentateur, sauf décision contraire du président, ne devra pas conserver la parole plus de cinq minutes.

10<sup>o</sup> Les pièces, instruments ou appareils que les Congressistes désireront présenter seront exposés dans une salle spéciale.

11<sup>o</sup> Toute correspondance devra être adressée au Secrétariat Général, 15, rue Hippocrate, Athènes, Grèce.

12<sup>o</sup> Chaque congressiste ayant pris part à la discussion devra immédiatement rédiger une note portant son nom et son adresse et la remettre au secrétaire de séance.

L'omission de cette formalité entraînerait l'absence des observations de l'intéressé dans le compte rendu.

13<sup>o</sup> Le Congrès tiendra deux séances solennelles, la séance d'ouverture et celle de clôture. Les délégués de gouvernements seront invités à y prendre la parole.

Dans la séance d'ouverture, le Congrès procédera à l'élection du bureau pour les différentes séances et à la nomination des présidents d'honneur.

Dans la séance de clôture, les travaux du Congrès seront résumés, des vœux pourront être votés, et il sera décidé du lieu et de l'époque du prochain Congrès ; à cet effet, un rapport sera présenté au nom d'une commission

(A suivre page d'annonces XXIII).

## NEUROBORE PUR

Solution inaltérable de tartrate borico-potassique pur

1 gr. par cuillerée à café

**SPÉCIFIQUE DES AFFECTIONS NERVEUSES**

*Pas d'Acné — Pas de troubles gastro-intestinaux — Pas de dépression cardiaque*

## NEUROBORE -G- ASSOCIÉ

Tartrate borico-potassique + Phénylethyl-malonylurée + Correctif  
en cachets solubles

**MÉDICATION D'ATTAQUE**

des Affections nerveuses graves, des Insomnies rebelles

## CANTÉÏNE

**BOUTEILLE**

(Cratægus -- Passiflore -- Hamamélis -- Salix alba)

Erethisme cardiaque - Neurasthénie - Mélancolie - Déprimés

-- Troubles circulatoires et troubles nerveux consécutifs --

Echantillon gratuit sur demande

Laboratoire E. BOUTEILLE, 23, rue des Moines, PARIS (17<sup>e</sup>)

### 3<sup>e</sup> CONGRES INTERNATIONAL DE PATHOLOGIE COMPAREE (suite)

composée des présidents et secrétaires des comités nationaux, des présidents, du secrétaire général et des secrétaires généraux adjoints du 3<sup>e</sup> Congrès International de Pathologie Comparée.

14<sup>e</sup> Les discours prononcés aux séances d'ouverture et de clôture seront publiés.

#### PROGRAMME TOURISTIQUE

Le Comité d'Organisation, après avoir longuement étudié avec le Bureau Touristique du Congrès toutes les possibilités de MM. les Congressistes, après de nombreuses révisions de son programme initial imposées par les circonstances, en est arrivé à leur offrir une série de combinaisons s'adressant à leur provenance ainsi qu'aux jours et aux moyens dont ils voudraient disposer. Les prix de chaque groupe ont été réduits à la limite du possible de façon à faciliter le voyage à un plus grand nombre de congressistes de tous les pays. Les grandes réductions que notre pays a consenti à leur accorder et aussi les importantes réductions que la plupart des pays étrangers, surtout européens, ont bien voulu accorder aux participants du 3<sup>e</sup> Congrès International de Pathologie Comparée, nous ont permis de constituer 5 groupes organisés et un groupe libre.

MM. les Congressistes sont priés, après avoir fait le choix du groupe auquel ils désireraient participer, de remplir la fiche qu'ils auraient choisie et de la faire parvenir directement au *Secrétariat Touristique du Congrès* (Hermès, Tourisme-Voyages, 4, rue du Stade, Athènes).

Le « Programme de 5 jours » (Fiche A) intéresse MM. les Congressistes de toutes provenances, ceux dont la limite des jours disponibles n'excède pas les jours du Congrès.

Le « Programme de 8 jours » (Fiche B) s'adresse également à MM. les Congressistes de toute provenance qui sauraient disposer de 3 jours supplémentaires.

Le « Programme de 19 jours » (Fiche C) s'adresse aux Congressistes de l'Europe Centrale et Occidentale, ainsi qu'aux Yougoslaves. Les dates avancées de ce programme, comprenant la Semaine Sainte avec les fêtes de Pâques, sau-

(A suivre page d'annonces XXIV).

## LE COTEAU

SAINT-MARTIN-LE-VINOUX

Près GRENOBLE (Dauphiné)

-- Maison de traitements --  
de repos et de convalescence  
-- pour maladies nerveuses --  
-- -- en cure libre -- --

Ouverte toute l'année -- Confort moderne  
Vue admirable -- Renseignements à la gérante  
Téléphone 11-38-Grenoble

**MÉDECIN TRAITANT : Docteur MARTIN-SISTERON**  
**Médecin des Hôpitaux de Grenoble**



### 3<sup>e</sup> CONGRES INTERNATIONAL DE PATHOLOGIE COMPAREE (suite)

raient intéresser ceux parmi MM. les Congressistes qui pourraient disposer de leurs fêtes, mais qui ne sauraient prolonger leur séjour après les jours du Congrès.

La « Croisière de 19 jours » (Fiche D) s'adresse aux Congressistes de l'Europe Occidentale et à ceux de l'Amérique du Nord qui voudraient consacrer 13 jours à la Grèce. Ils auront l'avantage d'habiter à bord, sauf pendant les jours du Congrès à Athènes, où pourtant ils ont le droit d'opter entre le séjour à bord et le transfert aux hôtels d'Athènes.

Enfin, sous Fiche E, nous offrons à MM. les Congressistes d'Egypte, de Palestine, de Syrie et des pays du Levant, en général, un programme de 13 jours (voyage d'aller et retour compris) avec le même paquebot qui, faisant escale à Haïffa, permet à MM. les Congressistes de visiter Nazareth et la Tibériade.

Nous prions instamment MM. les Congressistes de bien vouloir envoyer à temps leurs bulletins d'adhésion et leurs fiches de groupe. Notamment ceux des groupes C et D sont priés de faire parvenir leurs fiches au *Secrétariat Touristique* au moins 2 mois avant le Congrès (vers la mi-février au plus tard), les Compagnies de navigation demandant à être renseignées à temps sur le nombre des Congressistes.

Nous attirons tout particulièrement l'attention de MM. les Congressistes qui disposeraient de 19 jours de l'intérêt qu'il y aurait pour eux de s'inscrire dans l'une des deux dernières catégories (Groupes C et D). Avec une somme modique, ils sauraient visiter dans des conditions exceptionnelles les principales curiosités de la Grèce.

#### PROGRAMME DU CONGRES

##### PROGRAMME DE 5 JOURS (14-19 AVRIL)

##### (Groupe A — Fiche A)

*Mardi 14 avril* : Arrivée des Congressistes, transfert à l'hôtel et installation.

*Mercredi 15 avril* : Premier jour du Congrès.

(A suivre, page d'annonces XXV.)

-- PRODUITS --  
BIOLOGIQUES

# CARRION

54, Faubourg Saint-Honoré, PARIS-8<sup>e</sup>

--- ANJOU 36-45 (2 lignes)

## - OPOTHÉRAPIE -

Comprimés - Cachets - Perextraits injectables

-- -- Associations pluriglandulaires -- --



## - ANTASTHÈNE -

-- Ampoules - ASTHÉNIES - Comprimés --

L. CUNY, Docteur en Pharmacie

### 3<sup>e</sup> CONGRES INTERNATIONAL DE PATHOLOGIE COMPAREE (suite)

9-10 heures. — Distribution des insignes au Secrétariat du Congrès.

10 heures. — Séance inaugurale du Congrès sous la Haute Présidence de M. le Président du Conseil des Ministres.

Allocation de M. le Prof. W. Bensis, Professeur de Clinique Médicale à la Faculté de Médecine d'Athènes, Membre Correspondant de l'Académie de Médecine de Paris, Président du Congrès.

Allocation de M. le Ministre de l'Hygiène.

Allocation des Représentants Officiels des Pays Etrangers, par ordre alphabétique des nations.

13 heures. — Déjeuner.

15-18 heures. — Excursion à Daphni-Eleusis.

18-20 heures. — Séance des trois Sections séparées.

21 heures. — Banquet officiel offert par le Président du Comité d'Organisation Hellénique aux Représentants Officiels des Gouvernements et des Universités à l'Hôtel de la Grande-Bretagne.

*Jeudi 16 avril* : Deuxième jour du Congrès.

8-9 h. 30. — Visite de l'Acropole et de son Musée.

10 heures. — Séance des Sections jusqu'à 12 heures.

12 h. 30. — Déjeuner offert par le Ministre de l'Hygiène.

14 h. 30. — Départ pour le Parnès.

18-20 heures. — Séance des Sections.

*Vendredi 17 avril* : Troisième jour du Congrès.

9-11 h. 30. — Séance des Sections.

12 heures. — Départ pour le lac artificiel de Marathon.

Apéritif au pavillon du Tourisme.

13 h. 30. — Déjeuner à Kiphissia à l'Hôtel Cecil, offert par le Maire d'Athènes.

Rentrée à Athènes.

16 heures. — Visite du Musée National.

Dîner.

(A suivre page d'annonces XXVI).



## CHATEAU DE PREVILLE

Tél. 52 ORTHEZ (Basses-Pyrénées)



Dr Marcel DHERS

Climat toni-sédatif

MAISON  
de Traitements  
de Repos ~~~~~  
de Régimes ~~~~~

Affections nerveuses  
Intoxications  
Convalescences



Installation luxueuse et plaisante sur les bords du Gave au milieu  
-- d'un parc de douze hectares à proximité de Pau et Biarritz --  
Rayons X — Electrothérapie — Hydrothérapie — Psychothérapie

### 3<sup>e</sup> CONGRES INTERNATIONAL DE PATHOLOGIE COMPAREE (suite)

*Samedi 18 avril* : Quatrième jour du Congrès.

7 heures. — Départ en auto pour Mycènes et Nauplie.

13 heures. — Déjeuner à Nauplie et départ en auto pour Epidaure.

Séance de clôture à l'amphithéâtre d'Epidaure. Discours.

Séance des Comités Nationaux.

Concert Symphonique de l'Orchestre de l'Odéon d'Athènes.

18 heures. — Départ d'Epidaure et arrivée à Athènes un peu avant minuit.

Nuit à l'hôtel.

*Dimanche 19 avril* : Départ.

Ce programme ne peut intéresser que les personnes qui comptent arriver à Athènes par le Simplon-Orient-Express, parce que le mardi 14 avril il n'y a pas d'arrivée de bateaux.

*Prix* : francs français 750, francs suisses 150, £ 10.2.6, comprenant le transfert par personne Pirée-Athènes ou gare-hôtel le jour de l'arrivée, toutes les excursions prévues par le Congrès du 15 au 17 avril, l'excursion en auto d'Athènes à Epidaure et retour, accompagnement par guide diplômé, et l'hôtel à partir du 14 au soir jusqu'au 19 avril, repas de midi compris.

Le prix mentionné prévoit l'hôtel de la Grande-Bretagne. Pour le séjour dans d'autres hôtels le prix serait réduit de la différence du coût de l'hôtel.

MM. les Congressistes qui désireraient participer à ce programme (Programme A) sont priés de remplir la Fiche A.

#### REDUCTIONS

ACCORDÉES PAR LES COMPAGNIES DE CHEMINS DE FER ET DE NAVIGATION

Chemins de fer de l'Etat Hellénique : 50 %.

Chemins de fer Bulgares : 35 % du 10 au 30 avril.

Chemins de fer Italiens : 30 % du 5 au 28 avril.

Chemins de fer Français : 40 % du 8 au 27 avril.

(A suivre page d'annonces XXVIII).

---

---

# Epilepsie

## ALEPSAL

### simple, sûr, sans danger

Echantillons & Littérature  
LABORATOIRES GÉNÉVRIER 2 Rue du Débarcadère PARIS.

---

# Etablissement Médical de MEYZIEU (Isère) Près LYON

Fondé en 1881 par le Docteur Ant. COURJON

## Direction médicale

D<sup>r</sup> Rémi COURJON, Médecin des Asiles, Ancien Chef de Clinique Neuro-Psychiatrique à la Faculté de Lyon, Expert près la Cour d'Appel de Lyon.

D<sup>r</sup> Jean THÉVENON, Ex-interne des Hôpitaux de Lyon, Ancien Chef de Clinique Neuro-Psychiatrique à la Faculté de Lyon.

Un médecin-adjoint

## MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

NÉVROSES, PSYCHOSES, INTOXICATIONS  
CURE DE RÉGIME, SEVRAGE, ISOLEMENT

*Pour tous renseignements : s'adresser au Directeur à Meyzieu, tél. n° 5, ou à Lyon, Cabinet du D<sup>r</sup> Rémi Courjon, 4, rue Président Carnot, les mardi et jeudi de 15 à 17 h. Tél. Franklin 07-28.*

## CENTRE MÉDICO-PÉDAGOGIQUE DE PAU

FONDÉ EN 1930

aux portes de la Ville, sur la hauteur, au milieu d'un grand parc clos avec tout confort moderne. CLIMAT TONI-SÉDATIF RÉPUTÉ

Directeur Médical : Docteur MONESTIER, Médecin honoraire des Asiles

Directeur administratif : E. COCONAS, Professeur spécialisé diplômé

**GARÇONS** nerveux, instables, hyperémotifs, angoissés, grognons, obstinés, paresseux, négligents, portés à dire des grossièretés, querelleurs, mauvais instincts, insomniaques, tiqueurs. Redressement moral. Retardés scolaires et thyroïdiens. Délicats, anémisés, fatigués, convalescents, malingres, entéritiques, ganglionnaires, etc.



Action pédagogique combinée avec traitement médical. Instruction par petits groupes et classement par catégories distinctes. Orientation professionnelle.

• • •

Jardin d'hiver. Jeux. Sports. Gymnastique médicale. Hydrothérapie complète.

### SECTION ENTRAÎNEMENT MÉDICO-PROFESSIONNELLE AVEC ATELIERS

Section spéciale pour enfants pouvant fréquenter les Cours du Lycée ou Collège

● PRIX : Depuis 450 fr. par mois. Chambres particulières ●

Contagieux, grands arriérés, grands nerveux et grands agités ne sont pas admis

**VILLA FORMOSE**, 1, Allées de Morlaas -- PAU (B.-P.) Tél. 27-07

● NOTICE ILLUSTRÉE SUR DEMANDE ADRESSÉE A M. LE DIRECTEUR ●

### 3<sup>e</sup> CONGRES INTERNATIONAL DE PATHOLOGIE COMPAREE

Chemins de fer Portugais : 50 %.

Chemins de fer Yougoslaves : 50 % au retour, du 15 au 30 avril.

Les Chemins de fer Allemands accordent :

1<sup>o</sup> une réduction de 33 1/2 %-50 % aux Congressistes qui voyageront par groupes de 12-100 personnes.

2<sup>o</sup> Une réduction de 20 % augmentant en proportion de la distance kilométrique aux Congressistes qui voyageront individuellement.

3<sup>o</sup> Une réduction de 60 % aux Congressistes étrangers ne demeurant pas en Allemagne, mais qui y passeraient 7 jours.

Les Chemins de fer Autrichiens accordent une réduction de 25 %-33 1/2 % (selon la classe) aux Congressistes qui parcourront 30 km. au moins. Validité des bons de réduction fixée du 11 au 22 avril.

Les Chemins de fer Danois accordent des réductions aux Congressistes qui voyageront par groupes d'au moins 20 personnes.

Services Maritimes Helléniques : 50 %.

Messageries Maritimes : 30 %.

Anglo Egyptian Mail Line : 30 %.

Yugoslavisky Lloyd : 25 %.

Jadranska Plovidba : facilités de déclassement.

Lloyd Triestino : 15 % sur le prix des billets d'aller-retour aux Congressistes voyageant individuellement, 20 %-25 % sur le prix des billets d'aller-retour aux Congressistes voyageant par groupes de 3-4 personnes.

Cosulich Line : 25 % sur le prix des billets d'aller-retour pour les passages de la Méditerranée.

Les réductions ci-dessus seront accordées sur présentation de la Carte de Congressiste.

Toutes les réponses des pays auprès desquels des démarches ont été faites pour obtenir des réductions ne nous étant pas encore parvenues, nous nous réservons de les faire connaître à MM. les Congressistes, par feuilles volantes, lorsqu'elles nous parviendront.



## VILLA LUNIER à BLOIS

consacrée aux maladies mentales

Cet établissement, fondé en 1860 par l'éminent **D<sup>r</sup> LUNIER**, sis sur un plateau salubre à la périphérie de la ville, 1.500 mètres de la gare, se trouve au milieu d'un parc magnifique de 11 hectares. Il comporte toutes les commodités modernes : Chauffage central, Eclairage électrique, etc., et les divers moyens de traitements classiques.

Les pensionnaires y sont soignés par des religieuses, par des infirmiers et par des infirmières laïques. Le service médical est confié à un Médecin en chef-Directeur, assisté d'internes.

Le prix de pension varie de 550 fr. par mois à 1.600 fr. selon les classes, le prix des pavillons particuliers oscille entre 2.600 et 3.600 fr. par mois d'après leur importance et les exigences spéciales des familles. —  
Téléphone : 2-82.

Médecin en Chef-Directeur : **D<sup>r</sup> OLIVIER**

Pour RENSEIGNEMENTS, demander le PROSPECTUS DÉTAILLÉ



## SOMMAIRE DU N° 2 (tome I), FÉVRIER 1936

### MÉMOIRES ORIGINAUX

|  |     |
|--|-----|
| H. STECK. — Anatomo-pathologie et physio-pathologie de l'épilepsie.....                      | 145 |
| A. BRUNERIE et R. COCHÉ. — Sur trois cas d'hallucinations visuelles chez des cataractés..... | 166 |
| V.-L. HUOT. — Note au sujet des peintures et dessins d'un schizophrène malgache.....         | 172 |
| H. BERSOT. — Vitamine C. Précaréence et neuropsychiatrie.....                                | 187 |

### SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du jendi 13 février 1936

|   |     |
|---|-----|
| Paul COURBON et Ch. FEUILLET. — Une ma-<br>râtre parkinsonienne ..... | 199 |
| Th. SIMON, L. ANGLADE et Mlle P. PETIT. —                             |     |

|  |     |
|--|-----|
| Note sur un appareil pour la mesure de<br>l'amplitude des réflexes rotuliens... ..   | 203 |
| L. MARCHAND, J. FORTINEAU et Mlle P. PETIT.<br>— Hallucinations visuelles projetées et des-<br>sinées, symptômes pré- et post-paroxysti- |     |

(Suite du sommaire page II).

## MAISON DE SANTÉ

:- D'IVRY-SUR-SEINE :-

23, Rue de la Mairie à IVRY

Téléphone : Gob. 01.67

## MALADIES MENTALES & NERVEUSES

**NOMBREUX PAVILLONS**  
**DANS UN PARC DE 12 HECTARES**

**Médecin-Directeur : Docteur A. DELMAS**

*Ancien chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris*

**Médecin-adjoint : Docteur P. DELMAS**

|   |     |
|---|-----|
| ques épileptiques .....   | 205 |
| P. GUIRAUD, Mme BONNAPOUS-SÉRIEUX et Ch. NODET. — Symptômes et lésions du système nerveux végétatif dans l'alcoolisme chronique ..... | 211 |
| LAIGNEL-LAVASTINE, G. d'HEUCQUEVILLE et J.-J. SAMBRON. — Tentatives de suicide répétées chez un instable déprimé, sans travail .....  | 218 |

Séance du lundi 24 février 1936

|   |     |
|---|-----|
| Adoption du procès-verbal .....   | 223 |
| Correspondance .....  | 223 |
| Date de la séance du mois d'avril ....  | 223 |
| Déclaration de vacance d'une place de membre titulaire .....                        | 224 |
| Election d'un membre correspondant national .....                                   | 224 |
| Election d'un membre associé étranger. ....   | 224 |
| Rapport de la Commission sur les Assistantes sociales .....                         | 224 |
| AUBIN. — Syndrome catatonique consécutif à une intolérance au novarsénobenzol ..... | 225 |

|   |     |
|---|-----|
| AUBIN. — Délire d'analogie chez un Hindou .....   | 228 |
| J. LHERMITTE et AJURIAGUERRA. — Etude clinique et pathogénique des hallucinations chez les ophtalmopathes .....   | 232 |
| G. PETIT et J. DELMOND. — Syndrome d'Adie transitoire, anémie et parkinsonisme fruste au cours d'une confusion mentale subaiguë avec lymphocytose rachidienne. .... | 236 |
| LAIGNEL-LAVASTINE, J. VINCHON, G. d'HEUCQUEVILLE et J.-J. SAMBRON. — Procédés de défense sensorielle chez un persécuté. ....  | 242 |
| J. DUBLINEAU. — Contribution à l'étude pathogénique des formes frustes de neurosyphilis. — Paludisme et syphilis. ....  | 245 |
| J. DUBLINEAU. — Superinfection syphilitique et formes frustes de neuro-syphilis. Discussion d'un cas .....  | 249 |
| Y. PORCHER. — Conductibilité électrique du corps humain et dysendocrinie. Un nouveau test biométrique : la mesure de l'angle de phase (note préliminaire) ...       | 254 |
| DAUMÉZON. — Hallucinations visuelles, conscientes et transitoires .....   | 257 |

(Suite du sommaire page IV).

# CHATEAU

# DE

# L'HAY-LES-ROSES

DIRECTEUR : Dr Gaston MAILLARD  
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris  
Médecin de Bicêtre et de la Salpêtrière  
— Médecin-adjoint : Dr Charles GRIMBERT —

— MAISON DE SANTÉ MODERNE —  
POUR DAMES ET JEUNES FILLES



INSTALLATION  
DE  
premier ordre  
Notice sur demande  
2, rue Dispan

L'HAY-  
LES-ROSES  
(SEINE)  
TÉLÉPHONE : 5

AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX  
— CURES DE DÉSINTOXICATION —  
— DE REPOS ET DE RÉGIMES —

# CHATEAU DE SURESNES

Téléphone : SURESNES 2.88

Maison  
de Santé  
de Repos  
de Régimes



FONDÉE PAR

M. le Dr MAGNAN

Membre de  
l'Académie de Médecine



Le Château

La Maison de Santé du Château de Suresnes est située à la Porte de Paris (sortie du Bois de Boulogne), dans un grand parc.

Remise à neuf et embellie depuis la guerre, la maison reçoit, dans des parties distinctes (château et pavillons dispersés dans la verdure du parc), des convalescents, neurasthéniques, nerveux, intoxiqués ou psychopathes.

Château et pavillons réunissent toutes les conditions les meilleures d'hygiène et de bien-être (chauffage central, eau chaude, électricité, eau de source), etc.

Les personnes qui y séjournent peuvent y disposer à leur gré d'une chambre meublée avec luxe, d'un cabinet de toilette, d'un salon, d'une salle de bains, etc.

Les Médecins de la Maison de Santé et leurs familles prennent leurs repas avec les pensionnaires qui désirent fréquenter la salle à manger.

La Maison est largement ouverte à Messieurs les Médecins, qui peuvent ainsi continuer à suivre leurs malades.

## HYDROTHÉRAPIE - ÉLECTROTHÉRAPIE

MÉDECINS DIRECTEURS :

Dr FILLASSIER O. \*  Dr DURAND-SALADIN

NOTICE SUR DEMANDE

Communications : Tramway du Val d'Or à la Porte Maillot

## SOCIÉTÉS

### Société de Neurologie de Paris

Séance du 6 février 1936

- J. TINEL et M. JACQUET. — Hémiplegie passagère par embolie gazeuse au cours de la ré-insufflation d'un pneumothorax ..... 263
- R.-A. SCHWOB et M. MONNIER. — Un cas de névrose du système végétatif avec arrêt du cœur et automatisme ventriculaire pendant la compression oculaire ..... 264
- E. GELMA et P. CHAVIGNY. — Mérasthénie paroxystique de nature psychonévrosique.. 264
- J. LHERMITTE et FRIBOURG-BLANC. — Encéphalomyélite subaiguë consécutive à la vaccination antiamarile ..... 264
- J. LHERMITTE et BOLLACK. — Un cas de syndrome de Laurence-Moon ..... 265
- J. DEREUX et A. PRUVOST. — Sclérose en plaques familiale ..... 265
- G. GUILLAIN et M. AUBRY. — Névralgie du glosso-pharyngien guérie par l'alcoolisation..... 265
- COSTE, BOLLOCK, FAUVET et Mme S. DELTHIL. — Syringobulbie avec atrophie optique unilatérale ; épreuves manométriques ..... 265
- LARUELLE. — Le syndrome du trou occipital 265
- Mme M. ROUDINESCO. — Un cas de dolichosténomélie ou maladie de Marfan..... 266

SCHAEFFER, TH. DE MARTEL et GUILLAUME. — Les tumeurs de la glande pinéale sans signes focaux des localisations ..... 266

### Société de Médecine légale de France

Séance du 13 janvier 1936

P. MASQUIN. — Syndrome tardif d'hypertension intracrânienne post-traumatique par exostose des os de la voûte ..... 266

### Société française de Psychologie

Séance du jeudi 27 février 1936

LEIRIS. — Les représentations religieuses relatives au « Zar » en Ethiopie du Nord.... 267

### Société de Médecine Mentale de Belgique

Séance du 25 janvier 1936

G. VERMEYLEN. — La psychiatrie dans ses rapports avec la psychopathologie de l'enfant 268

J. HEERXU. — Aphasie de Wernicke chez une syphilitique ..... 268

DIVRY et EVARD. — Oligodendrogliome de la base du cerveau ..... 269

(Suite du sommaire page VI).

## MAISON DE SANTÉ DE BELLEVUE (S.-et-O.)

8, Avenue du 11 Novembre -:- Observatoire 10-62

MÉDECIN-DIRECTEUR : D<sup>r</sup> BUSSARD  
MÉDECIN ASSISTANT : D<sup>r</sup> Paul CARRETTE

Maladies  
du  
Système  
nerveux  
et de la  
Nutrition



Psycho-  
névroses  
Intoxica-  
tions  
Convales-  
cences

Cet établissement, situé sur le coteau de Bellevue, à proximité du bois de Meudon, est composé de plusieurs pavillons dans un parc. Il offre tout le confort moderne, éclairage électrique, eau courante chaude et froide dans les chambres, chauffage central.

# VILLA DES PAGES

LE VÉSINET (S.-et-O.)

40, Avenue Horace Vernet

TRAITEMENT DES AFFECTIONS NERVEUSES  
ET DES MALADIES DE LA NUTRITION

REPOS, CONVALESCENCES, RÉGIMES

*Cures de désintoxication*

Psychothérapie, Rééducation, Physiothérapie



*12 chalets pourvus du confort moderne  
disséminés dans un parc de 5 hectares.  
Chambres ou appartements à plusieurs pièces*

La clinique est entièrement ouverte aux Médecins  
qui peuvent ainsi conserver la direction de leurs malades

Médecins directeurs : Docteurs LEULIER, MIGNON, CASALIS

Médecin assistant : Docteur LECLERCQ

Téléphone : LE VESINET 12



- DESMET. — Forme délirante de confusion mentale due à une pyohémie à colibacilles.... 269  
L. VERVAECK. — La prophylaxie criminelle et les psychiatres ..... 269

## Groupement Belge d'Etudes Oto-Neuro-Ophthalmologiques et Neuro-Chirurgicales

Séance du 25 janvier 1936

- J. COPPEZ et P. MARTIN. — Aspect de thrombo-

- phlébite du sinus caverneux, complication d'une septicémie ..... 270  
A. GEREBTZOFF. — Recherches anatomo-expérimentales sur la région du lemnicus latéral et ses commissures ..... 270  
H. COPPEZ. — Hypotonie atonique traumatique de l'artère centrale de la rétine ..... 270  
P. VAN GEUCHTEN. — Le mécanisme de la mort dans certains cas de tumeurs cérébrales... 271  
P. MARTIN. — La ventriculographie dans les abcès cérébraux ..... 271

## ANALYSES

### JOURNAUX ET REVUES

#### Psychiatrie.

- M. LEVIN. — Hypertonie paroxystique émotionnelle ..... 272  
P. MEIGNANT. — La catatonie ..... 272  
P.-E. SNESSAREF. — De la toxicité dans la schizophrénie ..... 273  
M.-M. CABEZA. — Tuberculose et démence précoce ..... 273  
W. LOPEZ-ALBO. — Démence infantile. A propos de deux observations cliniques ..... 273  
G. ROBIN. — Les démences chez l'enfant... 274

- K.-C.-L. PADDLE. — La syphilis congénitale chez les déicients mentaux adultes..... 274  
P. SCHILDER. — Etudes cliniques sur les différents types de psychoses dépressives..... 274  
P. ARMÉNISE. — Des rapports entre la psychose dépressive et la psychasthénie..... 275  
K. LEONHARD. — Psychoses endogènes atypiques à la lumière des recherches familiales.... 275  
T. SENISE. — Les psychoses affectives prodromiques de l'encéphalite épidémique et des syndromes parkinsoniens ..... 275  
Mme E.-L. KAGANOWSKAIA. — Des hallucinations visuelles et de certaines particularités des troubles de la perception au cours de l'encéphalite

(Suite du sommaire page VIII).

# CHATEAU DES COUDRAIES

Ancienne Institution d'Eaubonne (fondée en 1847)

Magnifique Parc de 5 hectares, adossé à la forêt de Sénart. Très belle vue sur la vallée de la Seine. Très grand confort. Eau courante, chaude et froide, dans toutes les chambres. électricité, chauffage central, installation hydrothérapique complète, Rayons U. V. Jardinage. Horticulture. Potagers de 26.000 m<sup>2</sup>. Tennis.



PRIX DE PENSION A PARTIR DE 750 FR. PAR MOIS

## ÉTIOLLES (S.-&-O.)

### ENFANTS ET JEUNES GENS ARRIÉRÉS

Education et Traitement  
des déicients intellectuels  
à tous les degrés

DIRECTEURS  
Drs M. et J. de CHABERT

de 2 à 5 heures  
sauf jeudis et dimanches  
25 km. de PARIS  
gare Evry-Petit-Bourg (P.-L.-M.)  
Arrêt des autocars Citroën  
27 - 28 - 29 : Dép. de Paris,  
pl. Denfert-Rochereau  
Tél. Corbeil 226

# LABORATOIRES AMIDO

A. BEAUGONIN, Pharmacien

4, Place des Vosges, 4

— PARIS, 4<sup>e</sup> Arr<sup>t</sup>

## AMIDAL

Poudre — Comprimés — Cachets — Dragées

Deux à quatre cuillerées à café,  
ou quatre à huit comprimés, dragées  
ou cachets par jour

Entérites aiguës et chroniques.  
Entéro colites. Dysenterie.  
Toutes les Diarrhées.  
La constipation spasmodique.

## VITAMYL IRRADIÉ

Extrait concentré de vitamines A. B. et C.

Ergostérol irradié  
Une cuillerée à café  
avant chacun des trois repas.

Carences et Pré-carences.  
Rachitisme.  
Déminéralisation.  
Troubles de la Croissance

## GÉNÉSÉRINE

POLONOVSKI et NITZBERG

Deux à trois granules ou dragées ou 20 à 30  
gouttes à chacun des trois repas ou une ampoule  
injectable chaque jour pendant 10 jours.

Hypo-acidité gastrique.  
Syndrome solaire.  
Dyspepsie atonique.  
Palpitations et Tachycardie  
des cœurs nerveux.

## GÉNATROPINE

POLONOVSKI et NITZBERG

2 granules, ou 20 gouttes, 2 à 3 fois par jour,  
entre les repas de préférence.  
1 ampoule injectable par jour.

Hyperchlorydrie.  
Spasmes digestifs — Vomissements.  
Coliques — Diarrhées.

## GÉNOSCOPOLAMINE

POLONOVSKI et NITZBERG

4 à 8 granules, ou 40 à 80 gouttes par jour,  
en 2 ou 3 prises, 1 ampoule par jour.

Maladie de Parkinson.  
Syndromes post-encéphaliques.  
Anesthésie chirurgicale ou obstétricale.

## GÉNHYOSCYAMINE

POLONOVSKI et NITZBERG

2 granules, ou 20 gouttes, 2 à 3 fois par jour  
entre les repas de préférence.  
1 ampoule par jour.

Spasmes digestifs.  
Tremblements.  
Syndromes parkinsoniens.  
Sueurs des tuberculeux.

## GÉNOSTRYCHINE

POLONOVSKI et NITZBERG

ou

Ampoules — Goutte — Granules

## GÉNOSTHÉNIQUES

Cacodylate de Génostrychnine et de Gènesérine.

2 granules, ou 20 gouttes à chacun des trois repas.  
1 ampoule injectable chaque jour.

Asthénie.  
Neurasthénie — Surmenage.  
Anémie — Convalescence.  
Paralysies atoniques.

## GENOMORPHINE

POLONOVSKI et NITZBERG

En comprimés dosés à 2 Ctgrs (2 à 3 fois  
par jour) ou en ampoules injectables  
dosées à 4 Ctgrs.

La Douleur.  
L'Anxiété — l'Agitation.  
Les Dyspnées spasmodiques.  
La Démorphinisation.

ÉCHANTILLONS MÉDICAUX SUR DEMANDE

|   |     |  |     |
|---|-----|--|-----|
| épidémique .....                                  | 276 | forme clinique dans la production des rémis-       |     |
| R. HELSPER. — Psychoses de l'encéphalite épidé-   |     | sions chez les paralytiques généraux. Etude        |     |
| mique chronique .....                             | 276 | clinique .....                                     | 280 |
| M.-M. CABEZA. — Psychose typhique.....            | 276 | P.-G. SCHUBE. — Etats affectifs des paralytiques   |     |
| M. YAHN. — Infection des voies biliaires et trou- |     | généraux .....                                     | 281 |
| bles mentaux .....                                | 277 | D. CURRAN. — Etude clinique du délirium.....       | 281 |
| W. MUNCIE. — Etats d'excitation post-opératoi-    |     | S. STONE. — Le délire de Miller. Etude comparée    |     |
| res .....   | 277 | de la psychologie des foules .....                 | 281 |
| L. MARCHAND et A. COURTOIS. — La psychose         |     | G. CARNEVALI. — L'auto-épilation dans les mala-    |     |
| aiguë de Korsakoff des alcooliques.....           | 277 | dies mentales .....                                | 282 |
| W. BROMBERG. — Un nouveau procédé d'intoxi-       |     |  |     |
| cation par le chanvre indien : la marihuana.      |     | <b>Psychologie.</b>                                |     |
| Etude clinique .....                              | 278 | Ch. BAUDOUIN. — Introduction à une science du      |     |
| S. RAMIREZ-MORENO. — Troubles mentaux pro-        |     | caractère .....                                    | 282 |
| duits par l'intoxication aiguë par la ma-         |     | R. RUYER. — Les sensations sont-elles dans notre   |     |
| rihuana .....                                     | 278 | tête ? .....                                       | 283 |
| N.-M. KROL et L.-M. BONNEGARDE. — Les états       |     | M. SVENDSEN. — Compagnons imaginaires des          |     |
| crépusculaires, leur genèse et leur structure     |     | enfants .....                                      | 283 |
| 279   |     | E. DUPRÉEL. — Nature psychologique et conven-      |     |
| E.-M. BRIDGE. — Etat mental des épileptiques      |     | tion .....   | 284 |
| 279   |     | P. GUILLAUME et I. MEYERSON. — Recherches sur      |     |
| J. FETTERMAN et M.-R. BARNES. — Etudes en série   |     | l'usage de l'instrument chez les singes. —         |     |
| de l'intelligence chez les épileptiques.....      | 279 | III. L'intermédiaire indépendant de l'objet        | 284 |
| D. ROTHSCHILD. — Maladie d'Alzheimer.....         | 279 | F. FISCHGOLD. — Une présentation nouvelle des      |     |
| F. COLAPIETRA. — Les conditions étiologiques et   |     | profils psychologiques de Vermeylen .....          | 284 |
| pathogéniques des psychoses séniles.....          | 280 | E. PICHON. — La logique vivante de l'esprit ensei- |     |
| A. BOTELHO. — Paralyse générale sénile.....       | 280 | gnée par le langage .....                          | 284 |
| I. SEUISE. — La diffusion de la paralysie géné-   |     | PRZYLUCKI. — La plasticité des mots et la cohé-    |     |
| rale au Brésil et dans d'autres parties du        |     | sion du discours .....                             | 285 |
| monde .....                                       | 280 |  |     |
| A. OBREGIA, A. DIMOLESKO et A. VASILESCO. — La    |     |  |     |

(Suite du sommaire page X).

## INSTITUT MÉDICO-PÉDAGOGIQUE DE VITRY-SUR-SEINE

**Adresse :** 22, rue Saint-Aubin, Vitry-sur-Seine (Seine). *Téléphone :* Italie 06-96. Renseignements à l'Etablissement ou 164, faubourg St-Honoré (VIII<sup>e</sup>), chez le D<sup>r</sup> Paul-Boncour. *Téléphone :* Elysées 32-36.

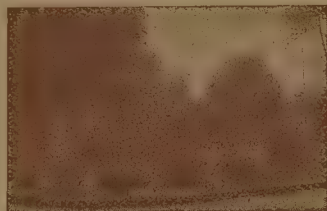
**Affections traitées :** Maison d'éducation et de traitement pour enfants et adolescents des deux sexes : retardés, nerveux, difficiles, etc.

**Disposition :** Pavillons séparés. Parc de 5 hectares.

**Confort :** Eau courante chaude et froide. Chauffage central.

**Traitement :** Hydrothérapie.

**Directeurs :** D<sup>r</sup> Paul-Boncour, O. \* et G. Albouy.



# SAINT-REMY

CLINIQUE MÉDICALE

46, Boul. Carnot    Tél. Régional 755 et 850

LE VÉSINET (S.-et-O.).



-- -- TRAITEMENT -- --  
des affections du Système nerveux, des  
intoxications et des maladies de la nutrition

Repos — Convalescences — Régimes  
Electrothérapie — — Hydrothérapie

Dans banlieue agréable, paisible et saine.  
Très belle installation modèle, 6 pavillons séparés  
- - dans un parc fleuri de 2 hectares - -

Chambres gaies, meublées avec goût, très confortables, cabinets de toilette avec S. B. et W. C. privés.  
Galeries ensoleillées. Terrain et salons de jeux.  
- Excellente cuisine bourgeoise et de régimes -

NI MALADES CONTAGIEUX OU BRUYANTS

-- -- MÉDECIN-DIRECTEUR -- --

-- D' P. ALLAMAGNY --

avec la collaboration du D' VIGNAUD,  
ex-Directeur de la Maison de Santé de Vanves

-- -- et d'un médecin assistant -- --

|  |     |
|--|-----|
| DIDE. — La mémoire. Psychogénèse et pathogénèse .....  | 285 |
| MARINESCO et KREINDLER. — Des réflexes conditionnels : III. Application des réflexes conditionnels à certains problèmes cliniques... | 286 |
| H. HARPER-HART. — Le génie et le bonheur   | 286 |

## Neurologie.

|  |     |
|--|-----|
| P. BAILEY. — La formation du neurologue..  | 286 |
| R. GARCIN. — Exploration des ventricules. La ventriculographie .....   | 287 |
| L. ALEXANDER, T.-S. JUNG et R.-S. LYMAN. — Le dioxyde de thorium colloïdal. Son utilisation dans le diagnostic intracranien et son rôle en injection directe sur le cerveau et les ventricules ..... | 287 |
| E. MONIZ. — L'évolution de la technique de l'angiographie cérébrale .....  | 287 |
| Th. ALAJOUANINE et R. THUREL. — Les troubles de la miction en pathologie nerveuse.....   | 288 |
| J.-M. NIELSEN et C.-B. COURVILLE. — Signes neurologiques dans les mastoïdites.....   | 288 |
| L. RAMOND. — Abscès du cerveau ou ramollissement cérébral ? .....  | 288 |
| P. NOBÉCOURT. — Syndromes encéphalo-méningés et syndromes abdominaux douloureux intriqués au début de la pneumonie chez les enfants .....  | 288 |
| G. ROUSSY et Mlle G. LÉVY. — Les états spasmo-   |     |

|  |     |
|--|-----|
| diques du releveur de la paupière supérieure par lésion cérébrale en foyer .....   | 289 |
| G. ROUSSY et Mlle G. LÉVY. — A propos de la dystasie aréflexique héréditaire. (Contribution à l'étude de la genèse des maladies familiales et de leur parenté entre elles) ..... | 289 |
| J. FERRAZ-ALVIM. — Les calcifications de la faux du cerveau .....  | 289 |
| A. BAUDOUIN. — L'hémianopsie binasale...   | 289 |
| L. ROJAS. — Status dysraphicus. Aspect clinique pseudo-encéphalitique .....  | 289 |
| M. VICTORIA. — Les lésions de la troisième frontale gauche sans aphasie .....  | 290 |
| Mme A.-A. MIROTVORSKAJA. — Les parasites de l'encéphale .....  | 290 |
| H. CRÉDE et L. CORMAN. — Un nouveau cas d'arachnoïdite kystique de la région frontopariétale .....   | 290 |
| ROBALINHO CAVALCANTI. — Commentaire autour d'un cas de tuberculose cérébrale.....  | 291 |
| L. RAMOND. — Diagnostic étiologique d'une hémiplegie à début progressif .....  | 291 |
| H. ROGER et J.-E. PAILLAS. — Les tumeurs cérébrales métastatiques. Etude clinique .....  | 291 |
| Th. DE MARTEL. — Signes et diagnostic des tumeurs cérébrales excepté les tumeurs de l'hypophyse .....  | 291 |
| A. BARRANCOS et R. HERNANDEZ-RAMIREZ. — Taboparalysie avec symptomatologie initiale de   |     |

(Suite du sommaire page XII).

# CLINIQUE « LA MÉTAIRIE »

-- -- NYON (Vaud) -- SUISSE -- Tél. Nyon 95.626 -- --



TRAITEMENT DES MALADIES  
NERVEUSES. TOUTES DÉSINTOXI-  
CATIONS. CONVALESCENCES ET RÉ-  
GIMES. CURES DE REPOS ET D'ISO-  
LEMENT. SÉJOURS D'OBSERVATION

EXAMENS ET EXPERTISES NEUROLOGIQUES  
ET PSYCHOLOGIQUES DANS INSTITUT SPÉCIALISÉ

-- -- Consultations tous les jours. -- --  
D<sup>r</sup> GUILLEREY, Médecin Directeur  
(Consultations à Lausanne, Grand-Chêne, 2, lundi  
et jeudi sur rendez-vous. Tél. : Lausanne 32.434).  
D<sup>r</sup> Duby, D<sup>r</sup> Calame. Médecin consultant :  
Professeur d'Université D<sup>r</sup> O. Lœwenstein.



# DIVONNE-LES-BAINS

OUVERT  
TOUTE  
L'ANNÉE

Altitude 519 m. (Genève 16 km.) — AIN

LA GRANDE STATION FRANÇAISE DE REPOS  
-- -- dans un parc de 100 hectares -- --

-- Indication spéciale de cure pour les --  
troubles fonctionnels du SYSTÈME NERVEUX  
ET DES MALADIES DE LA NUTRITION  
\_\_\_\_\_ qui s'y rattachent \_\_\_\_\_

## Etablissement hydrothérapique dans le parc.

Hydrothérapie. Psychothérapie. Cures d'air, de repos,  
d'exercices et de régimes. Massothérapie. Electrothé-  
rapie. Radiologie \_\_\_\_\_

## Les Hôtels dans le Parc.

Hôtel du Golf. Première réalisation hôtelière de la sup-  
pression des bruits. Hôtel Chicago. Le Grand Hôtel.

Maison de Régime, sous la direction d'un médecin  
spécialisé, secondé d'un personnel compétent. Cuisine  
de diététique. Laboratoire d'analyses et de recher-  
ches biologiques. \_\_\_\_\_

## Distractions.

Théâtre. Concerts. Cinéma. Parc pour enfants \_\_\_\_\_

## Tous les sports.

Golf 18 trous. Tennis. Promenades. Canotage (5 km. du  
lac). Pêche à la truite \_\_\_\_\_

Directeur Général : TARTAKOWSKY

|   |     |
|---|-----|
| tumeur cérébrale .....  | 292 |
| J.-C. MONTANARO et J.-L. HANON. — Crises salivaires tabétiques .....  | 292 |
| CESTAN, RISER et PLANQUES. — De la neuro-myélite optique .....        | 292 |
| F. DE OLIVEIRA BASTOS. — Méningite aiguë lymphocytaire bénigne .....  | 292 |
| H.-R. VIETS et J.-W. WATTS. — Méningite aiguë aseptique .....         | 293 |
| W. LOPEZ ALBO. — Un cas d'hémorragie méningée chez un hémophile ..... | 293 |
| R.-L. GOLDBERG. — Les méningococcies.....                             | 293 |

## Anatomie.

|  |     |
|--|-----|
| T. OKHUMA et K. TUYUNO. — A propos du problème des centres du sommeil .....  | 294 |
| A. OPALSKI. — Des différences locales dans la conformation des parois ventriculaires chez l'homme .....  | 294 |
| K. WATANABE. — Des circonvolutions calleuses chez les Japonais .....   | 294 |
| G. DE MORSIER et J.-J. MOZER. — Agénésie complète de la commissure calleuse et troubles du développement de l'hémisphère gauche avec hémiparésie droite et intégrité mentale... .. | 294 |
| E. HINTZSCHE et P. GISLER. — La situation des segments médullaires dans le canal vertébral .....   | 295 |

|  |     |
|--|-----|
| FR. MEYER. — Recherches anatomo- et histopathologiques chez des schizophrènes .....  | 295 |
| FR. MEYER. — Recherches anatomo- et histopathologiques dans la psychose maniaque-dépressive .....  | 295 |
| F.-J. WARNER. — Les modifications du cerveau dans l'alcoolisme chronique et la psychose de Korsakoff .....   | 296 |
| A. GOMEZ-MARCANO. — L'encéphalite guanidinique .....   | 296 |
| PERU, J. DECHAUME et S. BONCOMOND. — Sur l'anatomie pathologique de l'aerodynie infantile .....  | 296 |
| P. BAILEY et A. LEY. — Etude anatomo-clinique d'un cas de développement simultané de deux tumeurs (gliome et sarcome) dans l'hémisphère cérébral d'un enfant ..... | 297 |

## Biologie.

|   |     |
|---|-----|
| K. KOSHIMIZU. — Recherches expérimentales sur la représentation en relief du système nerveux central, dans l'image radiologique, après injection de thorotrast .....                            | 297 |
| C. VASQUEZ-VELASCO. — L'exploration du système nerveux végétatif .....  | 297 |
| E.-M. STEBLOW. — Epilepsie expérimentale du chien dans ses conditions, d'expérience atypiques. Refroidissement du cerveau après extirpation préalable ou piqûre de ses divers territoires ..... | 297 |

(Suite du sommaire, page XIII).

# MAISON DE SANTÉ

161, rue de Charonne -- PARIS-XI<sup>e</sup>

Téléphone : ROQUETTE 05-05

Traitement des maladies mentales et nerveuses des deux sexes

Grand parc de 2 hectares en plein Paris

Pavillons et jardins séparés

Directeur : le D<sup>r</sup> CL. VURPAS

Médecin de La Salpêtrière

Les familles sont reçues tous les jours de 2 heures à 5 heures

|   |     |
|---|-----|
| T. SEUTSE. — L'activité électrique du cerveau   | 298 |
| M. GOZZANO. — Recherches sur les phénomènes électriques de l'écorce cérébrale   | 298 |
| R.-J. LANDA-GLAZ. — La teneur en calcium et en potassium de l'encéphale de l'embryon humain et son rapport avec l'âge du fœtus                | 299 |
| J.-A. COLLAZO et A. SANTOS-RUIZ. — Coma hypercalcémique expérimental  | 299 |
| V. TRONCONI. — Infection expérimentale du système nerveux par le cryptococcus histolyticus  | 299 |
| O. BONAZZI. — L'intradermoréaction à l'alcool pour le diagnostic d'alcoolisme   | 299 |
| L.-J. CHARGARODSKY. — Particularités de la réaction psychique à l'adrénaline chez des malades présentant un complexe symptomatique névrosique | 299 |
| J.-M. SACRISTAN. — Le métabolisme hydrocarboné dans la psychose maniaque-dépressive endogène  | 300 |
| V. TOMASZEWSKI. — Le problème de la différenciation psychique par rapport aux groupes sanguins  | 300 |
| W. FREEMAN, J.-M. LOONEY et R.-R. SMALL. — L'index phytotoxique. Résultats d'études avec 68 sujets masculins atteints de schizophrénie        | 300 |
| L. CABITTO. — Du comportement du « phénomène d'obstacle » de Donaggio dans l'épilep-  |     |

|  |     |
|--|-----|
| sie  | 301 |
| B. SPAGNOLI. — Existe-t-il un virus filtrable du parasite du paludisme ?   | 301 |
| M. FONTANA. — La négativité du liquide céphalo-rachidien dans la paralysie générale progressive                                      | 301 |
| A. SEZARY. — Les indications thérapeutiques données par l'examen du liquide céphalo-rachidien chez les syphilitiques                 | 301 |
| N. MOULSON. — Le pouvoir amyolytique du liquide cérébro-spinal   | 302 |
| S. CAGLIERO. — L'examen du liquide céphalo-rachidien dans l'épilepsie  | 302 |
| L. JACCHIA et G. FATTOVITCH. — Les variations cholestérinémiques et les déséquilibres du métabolisme lipidique chez les épileptiques | 302 |

## Endocrinologie.

|   |     |
|---|-----|
| LAINEL-LAVASTINE. — Sympathique et interférométrie  | 303 |
| A. SALMON. — Le rôle du facteur endocrino-sympathique dans le mécanisme de la fièvre  | 303 |
| F. TURYN. — Syndrome de Cushing, basophilisme, formes frustes   | 303 |
| M.-L. MILLER. — Psychoses associées avec des altérations probables de l'hypothalamus et des formations voisines. Effets de la solution de |     |

(Suite du sommaire, page XIV).

# VILLA PENTHIÈVRE

## Maison de Santé et de Convalescence

SCEAUX (Seine) Tél. 12

## PSYCHOSES — NÉVROSES



MÉDECIN-DIRECTEUR : **Dr BONHOMME**, Ancien Interne des Asiles de la Seine

MÉDECINS ASSISTANTS : **Dr CODET**, Ancien Chef de Clinique de la Faculté

**Dr PICHARD**, Ancien Interne des Hôpitaux

|   |     |
|---|-----|
| pituitaire et de pituitrine en injection intraspinal  | 303 |
| L. BINET. — Hypophyse et diabète.   | 304 |
| P. COPPOLA. — Goitre et maladie mentale.  | 304 |
| A. CONRAD. — L'anamnèse chez les malades atteints de goitre à forme toxique.                                      | 304 |
| E.-B. DEL CASTILLO et J. ARGONZ. — Les goitres de la puberté  | 304 |
| J.-B. AYER, J.-H. MEANS et J. LERMAN. — Simulation d'une atrophie musculaire progressive par goitre exophtalmique | 305 |

## Thérapeutique.

|   |     |
|---|-----|
| W.-M. VAN DER SCHEER. — Principes d'initiation à la thérapeutique par le travail                                  | 305 |
| E.-C. SLAGLE. — Le programme du traitement par le travail dans l'Etat de New-York                                 | 305 |
| J. VIÉ. — Le traitement des malades mentaux par le travail. Les idées et les réalisations de H. Simon             | 306 |
| F. GUERNER et E. DE AGUIAR WHITAKER. — Traitement des états anxieux par l'hyposulfite de magnésium                | 306 |
| G.-E. RICHTER. — De certaines possibilités d'action sur les processus schizophréniques par des moyens biologiques | 306 |
| J.-B. GALANT. — Du traitement de la schizophrénie par des injections de sang de placenta                          | 307 |

|  |     |
|--|-----|
| A. LANGELOUDEKE. — Le traitement par le soufre dans la schizophrénie   | 307 |
| I.-M. SLIVKO et Mme K.-P. KRILANOWSKAJA. — De l'influence des injections intraveineuses des solutions hypertoniques de NaCl dans l'épilepsie et la schizophrénie | 307 |
| R. DUPONT et M. DELAVILLE. — Le traitement des toxicomanies par l'émulsion de lipides végétaux   | 307 |
| CARRATALA. — Emploi de l'autosérothérapie avec du sérum de vésicatoire dans le traitement des toxicomanies   | 308 |
| G. ICHOK. — Les réflexes conditionnels et le traitement de l'alcoolisme  | 308 |
| A. TENA. — L'action du chlorhydrate d'émétine dans le traitement de l'alcoolisme et de ses complications   | 308 |
| O. POULAIN-LANDRIEU. — Valeur thérapeutique de l'insuline dans certains troubles ovariens  | 309 |
| A. CASTOLDI. — Traitement biologique des méningites à pneumocoques   | 309 |
| L. SANCHEZ-BULNES. — La pyréthérapie dans le traitement des atrophies optiques d'origine syphilitique  | 309 |
| R. BORDES-JANÉ. — Résultats obtenus par la pyréthérapie chimique dans les maladies mentales  | 309 |
| Ch. COSTANZI. — Guérison durable d'un cas  |     |

(Suite du sommaire, page AV).



12, Boul. du Château -- NEUILLY-SUR-SEINE  
Tél. : Maillot 20-92

**CENTRE MÉDICO-PÉDAGOGIQUE** pour le traitement individuel des enfants présentant du retard intellectuel, de l'instabilité, de l'apathie, des troubles nerveux, des impotences fonctionnelles, sous la surveillance du D<sup>r</sup> Suzanne SERIN.

Rééducation et traitement adapté à chaque cas. Personnel spécialisé. Atmosphère familiale. Grand jardin ensoleillé. Etablissement ouvert aux médecins qui peuvent continuer à suivre leurs malades. Ni contagieux, ni pervers, ni épileptiques.

Directrice : Madame P. BAYARD

d'asthme bronchique avec la malarithérapie ..... 310  
G. CHAUMET. — Les algies scapulo-humérales et leur traitement par les agents physiques. 310

## Médecine légale.

A. GARMA. — Crime et châtiment. Contribution à l'étude de la psychologie du psychopathe dé-

linquant ..... 310  
A.-W. HACKFELD. — Crimes de motif inintelligible représentant le symptôme initial du développement insidieux d'un schizophrène. 311  
C.-A. MILLS. — Suicides et homicides dans leurs relations avec les modifications barométriques ..... 311  
COURTOIS-SUFFIT et F. BOURGEOIS. — Responsabilité médicale. Sérothérapie antitétanique 311

## VARIÉTÉS

Société Médico-Psychologique :

Séances ..... 312  
Dîner annuel ..... 312  
Asiles publics d'aliénés :  
Nécrologie ..... 312  
Légion d'honneur ..... 312  
Médaille d'Honneur de l'Assistance publique ..... 313  
Nominations ..... 313  
Postes vacants ..... 313  
Concours pour neuf postes de Médecin des Asiles publics d'aliénés ..... 313  
Concours pour deux postes de Médecin-chef des Asiles de la Seine ..... 314

Concours pour un emploi de Médecin-Chef de Service de Neuro-psychiatrie à l'Hôpital Français de Tunis ..... 314  
Hôpital Henri-Rousselle ..... 315  
Assistance et législation :  
Un projet de réforme de la loi sur le régime des malades mentaux en Belgique ..... 315  
Réunions et Congrès :  
Société Suisse de Psychiatrie ..... 315  
Fédération Internationale des Organisations d'Eugénique ..... 315  
Académie de Médecine :  
Prix à décerner par l'Académie de Médecine en 1936 ..... 316

## INFORMATIONS

Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des Prix de langue française (XL<sup>e</sup> session, Bale-Zurich-Berne-Neuchâtel, 20-

25 juillet 1936). — Programme des travaux et excursions ..... XVIII

# CLINIQUE BELLEVUE

Le Landeron, près Neuchâtel (Suisse)

Etablissement  
neuro-psychiatrique

Installations modernes  
et confortables



CURES  
de désintoxication,  
de repos  
et d'isolement.  
Psychothérapie.

Vastes parcs ombragés. Vie de famille.

Prospectus — Prix très modérés

Directeur : Dr H. BERSOT



UN HYPNOTIQUE DOUX

DE TOLÉRANCE  
PARFAITE

DESTINÉ AUX

INSOMNIQUES  
ET AUX ANXIEUX

# Sonéryl

*butyl-éthyl-malonyleurée*

INSOMNIE  
causée par la douleur  
INSOMNIE  
des vieillards

COMPRIMÉS  $\text{A } 0,6 \text{ GR}$  10 • TUBES DE 20 COMPRIMÉS

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE  
**SPECIA**

MARQUES: POULENC FRÈRES & USINES DU RHÔNE  
21, rue Jean Goujon • PARIS 8<sup>ème</sup>



## CLINIQUE MÉDICALE DE FONTENAY-S.-BOIS

(Seine)

6, Avenue des Marronniers — Tél. : Tremblay 12-87

Médecin-Directeur :

Docteur G. COLLET, Ancien interne des Asiles de la Seine

### TRAITEMENT DES MALADIES NERVEUSES

ISOLEMENT — PSYCHOTHÉRAPIE — RÉGIMES — HYDROTHÉRAPIE  
ÉLECTROTHÉRAPIE

ÉTABLISSEMENT SITUÉ EN BORDURE DU BOIS DE VINCENNES — PARC  
PAVILLONS SPÉCIAUX POUR DAMES ET JEUNES FILLES

MAISON de REPOS pour PERSONNES AGÉES et pour CONVALESCENTS  
MOYENS DE COMMUNICATIONS FACILES AVEC PARIS

*Chemin de fer de Vincennes, Place de la Bastille, à Paris*  
*Autobus n° 122 au Château de Vincennes (Station du Métro).*

## ÉTABLISSEMENT HYDROTHÉRAPIQUE

ET

### MAISON DE CONVALESCENCE

Docteur J.-B. BUVAT et Docteur G. VILLEY-DESMESERETS

*Anciens Internes des Asiles de la Seine*

*Médecins-Directeurs*

#### VILLA MONTSOURIS

130, rue de la Glacière

PARIS

Téléphone : Gobel. 05-40

MARDI, VENDREDI

2 à 5

#### CHATEAU de l'ABBAYE

VIRY-CHATILLON

(S.-et-O.)

Téléphone : Juvisy 76

PARC : Huit Hectares

TRAITEMENT DES MALADIES  
NERVEUSES ET DES TOXICOMANIES

— « PRIX MODÉRÉS » —

# INFORMATIONS

## CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES de France et des Pays de langue française

*XL<sup>e</sup> Session. — Bâle, Zurich, Berne, Neuchâtel (20-25 Juillet 1936)*

**Sous le Haut Patronage du Conseil Fédéral Suisse**

### BUREAU DE LA XL<sup>e</sup> SESSION

*Présidents :* M. le D<sup>r</sup> O. CROUZON (de Paris) et M. le D<sup>r</sup> A. REPOND (de Malévoz).

*Vice-Président :* M. le D<sup>r</sup> M. OLIVIER (de Blois).

*Secrétaire général :* M. le Prof. P. COMBEMALE (de Lille).

*Secrétaire annuel :* M. le D<sup>r</sup> O. FOREL (de Prangins).

*Trésorier :* M. le D<sup>r</sup> VIGNAUD (de Paris).

### PROGRAMME DES TRAVAUX ET EXCURSIONS

#### DIMANCHE 19 JUILLET à BALE

Le secrétariat du Congrès sera ouvert dimanche 19 juillet, de 11 h. à 12 h. et de 17 h. 1/2 à 19 h. au Münstersall du Bischofshof, Rittergasse, près de la Cathédrale. Les Congressistes pourront y faire adresser leur courrier particulier. Le bureau de l'Agence Exprinter y sera installé aussi, de 11 h. à 19 h.

Les Congressistes sont invités, dimanche 19 juillet, à prendre part à une excursion au Götthanum (temple des anthroposophes) à Dornach, suivie d'une réception au château de Reichenstein par Mme et M. le D<sup>r</sup> BRONBECK, Président du Conseil d'Administration de la C.I.B.A.

Départ en tram à 14 heures de l'Aeschenplatz.

Prix du trajet : fr. suisses 1 environ. — Retour vers 19 heures.

21 heures. — Les Congressistes sont cordialement invités à passer la soirée au restaurant du Jardin Zoologique (trams de la gare N<sup>os</sup> 1 et 2, trajet de 5 minutes).

#### LUNDI 20 JUILLET à BALE

9 heures. — *Séance solennelle d'ouverture* sous la présidence de M. le Conseiller Fédéral ETTER, Chef du département fédéral de l'Intérieur, au Bischofshof (Rittergasse), près de la Cathédrale.

11 heures. — Visite de la Ville en auto-cars (offerte par la Direction de la Clinique psychiatrique Friedmatt). Départ : Place de la Cathédrale.

(A suivre, page d'annonces XIX).

12 heures. — *Visite de la Clinique psychiatrique Universitaire « Friedmatt »*, sous la direction de M. le Prof. J.-E. STAEBELIN.

13 heures. — *Lunch* offert par la direction de la Clinique Friedmatt.

15 heures. — Départ en auto-cars de la Friedmatt pour la gare.

15 h. 30. — Départ par train spécial (perron II) pour Liestal.

15 h. 50. — Arrivée à Liestal. *Visite de l'Etablissement psychiatrique de Bâle-Campagne*, sous la direction du médecin en chef Dr STUTZ. *Buffet froid* offert par l'établissement.

18 h. 30. — Départ de Liestal pour Zurich par le même train spécial. Arrivée à Zurich à 19 h. 50. (Prix du transport Bâle-Liestal-Zurich. Fr. suisses 3.90).

N. B. — Les Congressistes sont priés de faire transporter à Bâle leurs bagages par les soins de leurs hôtels ou de l'Agence Exprinter sur le quai II où sera rangé le train spécial. Prière de mettre sur chaque bagage une étiquette indiquant le nom du Congressiste et l'adresse de l'hôtel où il descend à Zurich. Les billets devront être pris à l'Agence Exprinter ou au secrétariat du Congrès pour tous les trains spéciaux.

#### MARDI 21 JUILLET à ZURICH

9 heures. — Séance à l'Aula de l'Université (Rämistrasse, tram N° 6 depuis le Paradeplatz et trams N°s 5 et 8 depuis la place Bellevue).

Allocutions de M. le Président du Conseil d'Etat du Canton de Zurich et de M. le Prof. BURGI, Recteur de l'Université de Zurich.

(A suivre page d'annonces XX).

## *Ecole du Docteur Henriette Hoffer*

ETABLISSEMENT PSYCHO-MÉDICO-PÉDAGOGIQUE  
POUR ENFANTS INAPTES A SUIVRE LES CLASSES NORMALES

(ENFANTS RETARDÉS, DÉLICATS, SOURDS, PARLANT SEUL)

Fondatrices : Dr H. HOFFER et Madame Anne-Marie BUSSEAU



« MONTCLAIR »

1, Grande Rue, BELLEVUE-MEUDON (Seine-&-Oise) - Téléph. : Observatoire 17-45

*1<sup>er</sup> Rapport. — Psychiatrie :*

« *L'Hérédité des affections circulaires et schizophréniques* ». Rapporteurs : M. le Dr BOVEN, Privat-Docent à l'Université de Lausanne, et M. le Dr A. BROUSSEAU, Médecin-Chef des asiles publics de France, Médecin de l'Infirmerie spéciale de la Préfecture de Police, à Paris.

*Discussion du Rapport.*

14 h. — *Séance de communications* à l'auditoire de la Clinique psychiatrique du Burghölzli (tram N° 10, trajet de 15 à 20 minutes du centre de la ville).

17 h. — *Visite de la Clinique psychiatrique Universitaire* du Burghölzli, sous la direction de M. le Prof. H. W. MAIER.

20 h. — *Banquet* offert par le Comité local à l'Hôtel Baur-au-Lac, Zurich. (Tenue de soirée, smoking).

MERCREDI 22 JUILLET à ZURICH

9 h. — Aula de l'Université (Rämistrasse, tram 6 depuis le Paradeplatz et trams 5 et 8 depuis la place Bellevue).

*II<sup>e</sup> Rapport : Neurologie :*

« *Etude sémiologique, étiologique et pathologique des mouvements choréiques* ». Rapporteur : M. le Dr Jean CHRISTOPHE, ancien chef de clinique des maladies nerveuses à la Faculté de Médecine de Paris, médecin-assistant à la Salpêtrière.

*Discussion du rapport.*

(A suivre, page d'annonces XXI).

# MAISON de SANTÉ de PRÉFARGIER

===== près Neuchâtel, Suisse =====

Traitement  
des maladies  
nerveuses  
et mentales,  
de l'alcoolisme,  
des toxicomanies.



Installations  
modernes



Psychothérapie.



Traitement  
individuel.  
Occasions variées  
d'occupation  
rationnelle  
pour les  
pensionnaires

**Situation ravissante au bord du lac de Neuchâtel**  
**Vaste parc de 30 hectares**

~~~~~  
Deux médecins spécialistes résidant à l'Etablissement  
Médecin-Directeur : Dr A. Köller — Médecin-Adjoint : Dr Ch. Barbezat

===== PROSPECTUS =====



11 h. 30. — *Visite de l'Institut Monakow*, Rämistrasse 67, sous la direction de M. le Professeur MINKOWSKI.

14 h. — *Séance de communications*. Aula de l'Université (Rämistrasse, tram N° 6 depuis la Paradeplatz et trams 5 et 8 depuis la place Bellevue).

17 h. 30. — Promenade en bateau sur le lac de Zurich, offerte par le Sanatorium du Dr Th. Brunnet à Küsnacht, près Zurich. *Collation* sur la presqu'île de l'Au, offerte par le Comité local. (Rendez-vous à l'embarcadère, à l'extrémité de la Bahnhofstrasse). Retour vers 22 h.

## JEUDI 23 JUILLET à ZURICH

### *III<sup>e</sup> Rapport : Thérapeutique psychiatrique*

8 h. 30. — Aula de l'Université : « Thérapeutiques nouvelles des psychoses dites fonctionnelles ». Rapporteur : M. le Prof. H. W. MAIER, Zurich.

*Discussion du rapport.*

11 h. 25. — Départ par train spécial (perron IV) pour Kreuzlingen (Lac de Constance). Arrivée à Kreuzlingen à 13 h. 05.

13 h. 15. — *Collation* offerte par la Clinique Bellevue à Kreuzlingen.

14 h. 45. — *Visite de la Clinique Bellevue* sous la direction du Dr L. BINSWANGER.

16 h. — Embarquement sur bateau spécial qui fera le tour du Petit-Lac et

(A suivre page d'annonces XXII).

# INSTITUT MÉDICAL PRIVÉ

POUR

## ENFANTS RETARDÉS ET NERVEUX

### LE HOHWALD (Bas-Rhin)

Station climatérique (600 mètres)

SONT ADMIS : 1° Les déficients mentaux (instables, asthéniques, nerveux).  
2° Les arriérés accidentels.  
3° Les retardés par suite de chétivité constitutionnelle.

**NOUS N'ACCEPIONS QUE DES ENFANTS RÉÉDUCABLES  
ET NON CONTAGIEUX**

Surveillance médicale rigoureuse. Education médico-pédagogique adaptée aux cas particuliers. Rythmique. Jeux et sports (sports d'hiver 1.099 m.). Cure d'air et de soleil. Climat tonifiant.

**DIRECTION :**

**E. HAAS HAUTVAL — M<sup>lle</sup> Dr H. HAAS HAUTVAL**

descendra le Rhin jusqu'à Stein-am-Rhein. Visite de la Ville. (Excursion offerte par la clinique Bellevue à Kreuzlingen).

18 h. 40. — Départ de Stein-am-Rhein par le même train spécial qui aura conduit les Congressistes à Kreuzlingen. Arrivée à Zurich à 19 h. 47. Départ pour Berne (perron V) à 20 h. 05. Arrivée à Berne à 22 h. 13. Prix du trajet Zurich-Kreuzlingen et Stein-am-Rhein-Zurich : fr. suisses 5,10. Prix du trajet Zurich-Berne : fr. s. : 4,90. Trajet complet : fr. s. 10. (Un repas pourra être servi dans les wagons-restaurants du train spécial Stein-am-Rhein-Berne pour le prix de fr. s. : 3,50, pourboire en sus).

Le train transportera les bagages des Congressistes. Ceux-ci pourront les y laisser durant la visite de la clinique Bellevue et l'excursion en bateau. Etant donné l'heure tardive de l'arrivée à Berne, les Congressistes feront bien de retenir leur chambre à l'avance.

### VENDREDI 24 JUILLET à BERNE

10 h. — Aula de l'Université de Berne, Grosse Schanze (Grands Remparts).

Allocutions : M. le Conseiller d'Etat MOUTTET.

M. le Prof. de QUERVAIN, Recteur de l'Université.

*Assemblée générale des membres titulaires du Congrès.*

L'Assemblée générale du Congrès sera précédée, à 9 heures, de l'Assemblée générale de l'Association Amicale des Médecins des Etablissements publics d'aliénés en France.

(A suivre page d'annonces XXIII).

**LE CASTEL  
D'ANDORTE**  
- 342, Route du Médoc -  
LE BOUSCAT, près Bordeaux  
- Téléphone : BORDEAUX 836-30 -  
**MALADIES MENTALES  
ET NERVEUSES**  
- Médecin-Directeur :  
Docteur Pierre CHARON -

11 heures. — Visite de la Ville de Berne sous la conduite de Confrères bernois.

12 h. 40. — Départ en auto-cars pour la *Clinique psychiatrique Universitaire* de la Waldau. Départ de la Bundesplatz, Place du Palais Fédéral (Auto-cars offerts par le Comité local).

13 h. — *Lunch* offert par la Clinique de la Waldau.

14 heures 30. — *Visite de la Clinique psychiatrique* de la Waldau sous la direction de M. le Professeur KLAESI.

16 heures 15. — Retour à Berne en auto-cars (offert par le Comité local).

16 heures 30. — *Séance de communications* à l'Aula de l'Université.

21 heures. — *Soirée* offerte par les Présidents et les Membres du Congrès à l'Hôtel Bellevue-Palace à Berne (tenue de soirée smoking). Au cours de la soirée, représentation de folklore bernois offerte par le Comité local.

### SAMEDI 25 JUILLET à NEUCHÂTEL

9 heures. — Départ du train spécial de Berne pour Bienne. (Pour un minimum de 250 participants le prix du trajet sera de : francs suisses 1,30, sinon un léger supplément sera réclaté).

9 heures 40. — Embarquement à Bienne sur un bateau spécial de la Compagnie de navigation de Neuchâtel. Le voyage en bateau par le lac de Bienne et la Thièle est offert par la *Clinique Bellevue* du Landeron.

(A suivre page d'annonces XXIV).

## CHATEAU DU BEL-AIR

VILLENEUVE-St-GEORGES, 15 minutes de Paris

65 trains par jour dans chaque sens

Voitures à la gare de Villeneuve-St-Georges : Trajet en 3 minutes

**PARC**  
de 8 hectares  
à  
flanc de coteau  
au midi

—  
**Confort Moderne**

—  
**CHAMBRES**  
avec  
Salles de bains  
privées



**Cures de Repos**  
**Convalescences**  
**Régimes**  
**Désintoxications**  
**Psychothérapie**  
**Héliothérapie**  
**Malariathérapie**

—  
**MÉDECINS**  
**SPÉCIALISTES**  
*résident*  
*au Château*

**D<sup>rs</sup> H. MEURIOT & REVAULT D'ALLONNES**

Ancienne Maison de Santé fondée par le D<sup>r</sup> Blanche à Passy

Téléphone 244 à Villeneuve-St-Georges

**PRIX MODÉRÉS. — NOTICES ILLUSTRÉES SUR DEMANDE**

11 heures. — Arrivée à *Préfargier*, visite de l'*Etablissement*.

12 heures. — *Lunch* offert par l'*Etablissement* psychiatrique de *Préfargier*.

14 heures. — Départ en bateau pour *Neuchâtel*.

14 heures 20. — Arrivée au port de *Neuchâtel*.

14 heures 30. — Départ en auto-cars pour la *Chaux-de-Fonds* par la *Vue des Alpes*. Le *Locle* et la *Tourne*, après une visite de la *Ville de Neuchâtel*.

16 heures. — A la *Grand-Joux*, *réception* offerte par la *Ville de Neuchâtel* dans son grand pâturage jurassien. (Prix de l'auto-car : francs suisses 2,50).

En cas de mauvais temps : visite des châteaux de *Colombier* et *Valangin* et du *Musée de Neuchâtel* (automates *Jaquet-Droz*).

17 heures. — Arrivée à l'*Asile cantonal de Perreux*. Visite de l'*établissement*. *Séance de communications*.

18 h. 30. — *Collation* offerte par l'*Etablissement de Perreux*.

Dès 19 h. 30. — Départ des cars pour *Neuchâtel* où se fera la dislocation du Congrès.

Trains pour la *Suisse orientale*, *occidentale* et la *France*.

N. B. — Les *Congressistes* venant de *Berne* et qui n'auraient pas l'intention de repasser par cette ville, pourront laisser leurs bagages dans les fourgons du train spécial *Berne-Bienne* d'où ils seront amenés à la consigne de *Neuchâtel* par les chemins de fer fédéraux. Bien étiqueter ses colis.

Les *Congressistes* qui le désireraient pourraient être logés le 25 au soir à *Neuchâtel*. Retenir son logement bien à l'avance.

(A suivre, page d'annonces XXV.)

# NÉVROSTHÉNINE FREYSSINGE

## LE

## RECONSTITUANT NERVIN RATIONNEL

dont est justiciable

Tout DÉPRIMÉ  
SURMENÉ

Tout CÉRÉBRAL  
INTELLECTUEL

Tout CONVALESCENT  
NEURASTHÉNIQUE



XV à XX gouttes  
à chaque repas

XX gouttes = 0,40 de  
glycérophosphates  
cérébraux (Na.K.Mg.)

6, rue Abel • PARIS (12<sup>e</sup>)

ni chaux, ni sucre, ni alcool  
aucune contre-indication

## EXCURSIONS APRÈS LE CONGRÈS

### I. DIMANCHE 26 JUILLET

Les Congressistes qui passeront la journée de dimanche à Neuchâtel sont invités à visiter la *Clinique Bellevue* au Landeron sous la direction du D<sup>r</sup> BERSOR. Un car sera à leur disposition devant le poste de Neuchâtel à 11 heures. *Lunch* offert par la Clinique Bellevue.

### II. DIMANCHE 26 JUILLET

Départ de Neuchâtel à 8 h. 04. Arrivée à Nyon à 9 h. 37. Transport en petits bateaux ou auto-cars de Nyon à la propriété du Prince Napoléon à Prangins. *Visite du Musée* et de la campagne.

*Visite de l'Etablissement psychothérapique* « Les Rives de Prangins » sous la direction du D<sup>r</sup> O.-L. FOREL, Médecin en chef de l'Etablissement.

13 h. — *Lunch* offert par « Les Rives de Prangins ».

16 h. — Départ de Nyon en bateau pour Vevey.

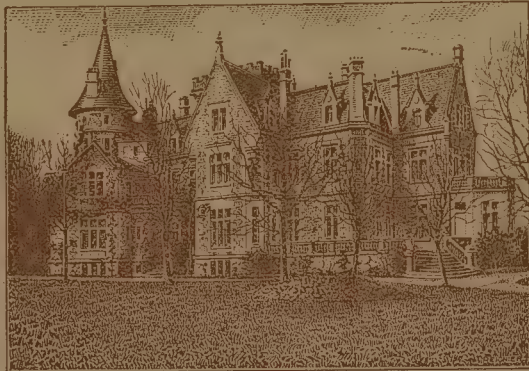
*Dîner* à la Clinique « Mon Repos » au Mont-Pélerin, offert par le D<sup>r</sup> de MONTET, Directeur de l'Etablissement. (Les participants à l'excursion pourront passer la nuit à Montreux).

(A suivre page d'annonces XXVI).



## CHATEAU DE PREVILLE

Tél. 52 ORTHEZ (Basses-Pyrénées)



●  
D<sup>r</sup> Marcel DIERS

◆  
Climat toni-sédatif

MAISON  
de Traitements  
de Repos ~~~~~  
de Régimes ~~~~~

~~~~~  
Affections nerveuses  
Intoxications  
Convalescences  
●



Installation luxueuse et plaisante sur les bords du Gave au milieu  
-- d'un parc de douze hectares à proximité de Pau et Biarritz --  
Rayons X — Electrothérapie — Hydrothérapie — Psychothérapie



LUNDI 27 JUILLET

9 h. 30. — Départ de Montreux en auto-cars pour Monthey (Valais).

11 h. — Visite de la Maison de Santé de Malévoz (D<sup>r</sup> A. REPOUD).

12 h. 30. — Réception par la Direction de l'Etablissement folklore : « La Chanson Valaisienne », chœurs et costumes du pays, « Raclette ».

15 h. environ. — Départ des Congressistes en auto-cars pour Evian où se terminera l'excursion.

#### COMITE DES DAMES

Le Comité des Dames invite spécialement les dames congressistes aux excursions suivantes :

*Dimanche 19 juillet à Bâle* (en commun avec les Congressistes).

14 h. — Visite du Goetheanum de Dornach et du Château de Reichenstein.

21 h. — Soirée au Restaurant du Jardin Zoologique.

*Lundi 20 juillet, à Bâle* (en commun avec les Congressistes).

11 h. — Visite de la Ville en auto-cars.

12 h. — Visite de la Clinique Friedmatt.

*Mardi 21 juillet, à Zurich.* — 10 h. Visite de la Ville.

*Mercredi 22 juillet, à Zurich.* — 10 heures. Excursion organisée par le Comité des Dames. Le détail en sera affiché au Secrétariat du Congrès.

17 h. 30. — Promenade en bateau sur le lac de Zurich (en commun avec les Congressistes).

(A suivre page d'annonces XXVII).

## NEUROBORE PUR

Solution inaltérable de tartrate borico-potassique pur

1 gr. par cuillerée à café

SPÉCIFIQUE DES AFFECTIONS NERVEUSES

*Pas d'Acné — Pas de troubles gastro-intestinaux — Pas de dépression cardiaque*

## NEUROBORE -G- ASSOCIÉ

Tartrate borico-potassique + Phénylethyl-malonylurée + Correctif  
en cachets solubles

MÉDICATION D'ATTAQUE

des Affections nerveuses graves, des Insomnies rebelles

## CANTÉINE

BOUTEILLE

(Crataegus -- Passiflore -- Hamamélis -- Salix alba)

Erethisme cardiaque - Neurasthénie - Mélancolie - Déprimés

-- Troubles circulatoires et troubles nerveux consécutifs --

Echantillon gratuit sur demande

Laboratoire E. BOUTEILLE, 23, rue des Moines, PARIS (17<sup>e</sup>)

*Vendredi 24 juillet, à Berne.* — Visite de la Ville et réception selon un programme qui sera affiché au Secrétariat du Congrès.

*Samedi 25 juillet.* — Excursion en bateau sur le lac de Bienne.

\*\*\*

Les excursions pendant et après le Congrès sont organisées par l'Agence *Exprinter*. Les membres du Congrès qui désirent y participer sont priés de s'inscrire auprès de l'Agence *Exprinter*, 26, Avenue de l'Opéra, Paris (1<sup>er</sup>) avant le 30 juin 1936.

Pour les réceptions s'inscrire dans les mêmes délais auprès du Prof. P. COMBE-MALE, Route d'Ypres, Baillleul (Nord).

#### SECRETARIAT

Le *Secrétariat du Congrès* sera ouvert :

Le *dimanche* 19 juillet au Münstersall du Bischofshof (Rittergasse près de la Cathédrale), de 11 à 12 h. et de 17 h. 1/2 à 19 h.

Le *lundi* 20 juillet, au même endroit, de 8 à 10 h.

Le *mardi* 21 juillet, le *mercredi* 22 juillet, de 9 h. à 12 heures.

Le *jendi* 23 juillet, de 8 h. à 11 h., dans une salle voisine de l'Aula de l'Université de Zurich (Rämistrasse).

Le *vendredi* 24 juillet, de 9 h. à 11 heures, dans une salle voisine de l'Aula de l'Université de Bienne (grosse schanze, grands remparts).

(A suivre page d'annonces XXVIII).

# NEURINASE

*Amorce le  
sommeil naturel*



**Insomnie**  
Troubles nerveux

*Ech<sup>ons</sup> & Littérature*  
LABORATOIRES GÉNÉVRIER  
2 Rue du Débarcadère PARIS

Le *samedi* à l'Etablissement de Préfargier.

Les Congressistes pourront y faire adresser leur courrier.

L'Agence *Exprinter* aura aux mêmes lieux et heures son représentant pour tous renseignements touristiques dont pourront avoir besoin les Congressistes.

## VOYAGE

### REDUCTION SUR LES CHEMINS DE FER FRANÇAIS

Les Grands Réseaux de Chemins de fer français, tenant compte du caractère du Congrès ont bien voulu accorder aux Congressistes français et étrangers, traversant la France, ainsi qu'à leurs femmes, enfants mineurs et filles non mariées les accompagnant, une réduction de 40 0/0 (net d'impôt) pour se rendre au Congrès.

Cette réduction est accordée sous forme de bon individuel permettant d'emprunter au retour un itinéraire différent de l'aller, mais ramenant obligatoirement le voyageur à la gare de départ et par le trajet direct.

La validité de ces réductions est fixée du 18 juillet au 1<sup>er</sup> août 1936 inclus.

*Chemins de fer belges.* — Les Congressistes se rendant à la XL<sup>e</sup> session pourront bénéficier sur les chemins de fer belges d'une réduction individuelle de 35 0/0 sur les prix normaux des billets de voyageurs, sur présentation d'une carte spéciale valable du 17 juillet au 1<sup>er</sup> août.

(A suivre page d'annonces XXIX).



## VILLA LUNIER à BLOIS

### consacrée aux maladies mentales

Cet établissement, fondé en 1860 par l'éminent **D<sup>r</sup> LUNIER**, sis sur un plateau salubre à la périphérie de la ville, 1.500 mètres de la gare, se trouve au milieu d'un parc magnifique de 11 hectares. Il comporte toutes les commodités modernes : Chauffage central. Eclairage électrique, etc., et les divers moyens de traitements classiques.

Les pensionnaires y sont soignés par des religieuses, par des infirmiers et par des infirmières laïques. Le service médical est confié à un Médecin en chef-Directeur, assisté d'internes.

Le prix de pension varie de 550 fr. par mois à 1.600 fr. selon les classes, le prix des pavillons particuliers oscille entre 2.600 et 3.600 fr. par mois d'après leur importance et les exigences spéciales des familles. —  
**Téléphone : 2-82.**

~~~~~  
**Médecin en Chef-Directeur : D<sup>r</sup> OLIVIER**  
~~~~~

**Pour RENSEIGNEMENTS, demander le PROSPECTUS DÉTAILLÉ**

*Chemins de fer suisses.* — Une réduction de 50 0/0 est accordée sur les chemins de fer suisses, mais uniquement aux Congressistes empruntant les trains spéciaux prévus au programme général. Tous les parcours se feront en 3<sup>e</sup> classe, dans des voitures neuves très confortables.

*Note importante.* — Pour bénéficier des différentes réductions, autant sur les chemins de fer français et belges, que sur les chemins de fer suisses, il est nécessaire de remplir le questionnaire annexé au programme et de l'adresser, avant le 30 juin, à l'Agence des Voyages Duchemin-Exprinter, 26, Avenue de l'Opéra, Paris, qui a bien voulu se charger d'adresser aux Congressistes tous les bons de réductions.

*Il est indispensable d'être inscrit régulièrement au Congrès pour faire une demande de bon de réduction.*

#### LOGEMENT

La liste complète des Hôtels (avec prix) paraîtra dans le livret-programme du Congrès sera adressé prochainement.

#### FORFAITS PENDANT LE CONGRES

*du 20 au 25 juillet*

Pour faciliter le voyage des Congressistes, voyage qui, cette année, est un peu plus compliqué, et demande une certaine préparation, puisque le Congrès a lieu sur des villes différentes, l'Agence Duchemin-Exprinter a prévu deux prix forfaitaires : l'un, n<sup>o</sup> 1, comprenant toutes les dépenses du 20 au 25 juillet (trains spéciaux, hôtels, service des bagages), l'autre, n<sup>o</sup> 2, comprenant seulement les hôtels.

(A suivre, page d'annonces XXX).

MÉDICATION ALCALINE PRATIQUE

**COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT**

3 à 4 comprimés par verre d'eau  
12 à 15 comprimés par litre.

ANTI-RHUMATISMAL  
ENERGIQUE

**NOVACÉTINE  
PRUNIER**

6, R. de la Tacherie, PARIS  
et Pharmacies.  
R. C. Paris, 53.318

RECONSTITUANT  
DU SYSTÈME NERVEUX

**NEUROSINE  
PRUNIER**

GLYCÉROPHOSPHATE DE CALCIUM  
ASSIMILABLE

## EXCURSIONS APRÈS LE CONGRÈS

### EXCURSION N° I

Dimanche 26 juillet. — Visite de la Clinique Bellevue, au Landeron. Lunch.

### EXCURSION N° II

Dimanche 26 et lundi 27 juillet. — Les Rives de Prangins. Clinique Mon-Repos, au Mont Pélerin. Malévoz. Train. Pateau. Autocars.

### EXCURSION N° III (27-31 juillet)

#### LES LACS ITALIENS

Monthey. Le Simplon. Le Lac Majeur. Stresa et les Iles Borromées. Luino. Ponte Stresa. Le lac de Lugano. Porlezza. Menaggio. Le lac de Côme. Bellagio. Côme. Le Saint-Gothard. Bâle.

Pour tous renseignements pour ces excursions s'adresser à l'Agence Exprint, 26, Avenue de l'Opéra, à Paris.

### PASSEPORTS

Le passeport est indispensable pour se rendre en Suisse. Cependant pour les ressortissants français et belges, une carte d'identité munie de photographie, ou un passeport périmé, peut être accepté.

(A suivre, page d'annonces XXXI).

## MAISON DE SANTÉ D'ÉPINAY-SUR-SEINE

(Fondée par le Dr Tarrius)

**6, Avenue de la République, EPINAY-sur-SEINE**

Téléphone : 68 St-Denis



Maladies mentales et nerveuses des deux sexes  
Désintoxications - Cures de repos - Hydrothérapie - Electrothérapie  
Rayons ultra-violet

### PAVILLONS SÉPARÉS ET VILLAS PARTICULIÈRES

très confortables au milieu d'un parc de 15 hectares

**CHAUFFAGE CENTRAL -- ELECTRICITÉ -- CHAPELLE**

*L'établissement est largement ouvert à tous les Médecins  
qui peuvent continuer d'y traiter leurs malades*

Moyens de communication : Tramway n° 54, Place de la Trinité-Enghien (s'arrête devant l'Etablissement). — Chemin de fer gare du Nord, trajet en 10 minutes. — Automobiles, route d'Enghien, 7 kilomètres de Paris.



*Avis aux Congressistes venant en Suisse avec leur voiture personnelle.* — 1<sup>o</sup> A la sortie de France au poste frontière, se faire délivrer un passe-avant qui vaut environ 10 francs français et valable un an.

2<sup>o</sup> A la frontière d'entrée en Suisse, se munir d'une carte spéciale remise par le poste frontière et établie selon le temps que l'on désire rester en Suisse.

Carte pour 10 jours environ : 10 francs français.

Carte pour 20 jours environ : 20 francs français.

*Pour l'essence.* — Prendre également à la frontière suisse d'entrée le document spécial sur lequel on fera inscrire ses achats d'essence en Suisse. L'essence vaut environ 10 francs français aux 5 litres.

A la frontière suisse de sortie, il sera remboursé aux voyageurs 1,50, francs français, par 5 litres d'essence pris en Suisse.

## INSCRIPTIONS AU CONGRÈS

Le Congrès comporte des membres titulaires, des membres adhérents et des membres associés :

Les *membres titulaires* de l'Association et les *membres adhérents* à la session ont le droit de présenter des travaux et de prendre part aux discussions. Ils reçoivent un exemplaire des rapports et des comptes rendus de la session. Les membres adhérents inscrits avant le 15 juin 1935 recevront, comme les membres titulaires, les rapports dès leur publication.

(A suivre, page d'annonces XXXII).

## CENTRE MÉDICO-PÉDAGOGIQUE DE PAU

◆ ◆ ◆ ◆ ◆ FONDÉ EN 1930 ◆ ◆ ◆ ◆ ◆

aux portes de la Ville, sur la hauteur, au milieu d'un grand parc clos avec tout confort moderne. CLIMAT TONI-SÉDATIF RÉPUTÉ

Directeur Médical : **Docteur MONESTIER**, Médecin honoraire des Asiles

Directeur administratif : **E. COCONAS**, Professeur spécialisé diplômé

**GARÇONS** nerveux, instables, hyperémotifs, angoissés, grognons, obstinés, paresseux, négligents, portés à dire des grossièretés, querelleurs, mauvais instincts, insomniaques, tiqueurs. Redressement moral. Retardés scolaires et thyroïdiens. Délicats, anémiés, fatigués, convalescents, malingres, entéritiques, ganglionnaires, etc.



Action pédagogique combinée avec traitement médical. Instruction par petits groupes et classement par catégories distinctes. Orientation professionnelle.

● ● ●

Jardin d'hiver. Jeux. Sports. Gymnastique médicale. Hydrothérapie complète.

### SECTION ENTRAÎNEMENT MÉDICO-PROFESSIONNELLE AVEC ATELIERS

Section spéciale pour enfants pouvant fréquenter les Cours du Lycée ou Collège

● PRIX : Depuis 450 fr. par mois. Chambres particulières ●

Contagieux, grands arriérés, grands nerveux et grands agités ne sont pas admis

**VILLA FORMOSE**, 1, Allées de Morlaas -- PAU (B.-P.) Tél. 27-07

● NOTICE ILLUSTRÉE SUR DEMANDE ADRESSÉE A M. LE DIRECTEUR ●

Les *membres titulaires* de l'Association versent une cotisation annuelle de 75 francs et sont dispensés de cotisation à la session du Congrès. Pour être *membre titulaire* de l'Association, il faut être Docteur en médecine, présenté par deux membres de l'Association et agréé par le Conseil d'Administration. Le nombre des membres titulaires n'est pas limité.

La cotisation des *membres adhérents* à la 39<sup>e</sup> session a été fixée à 80 francs français. Ils doivent être agréés par le Bureau.

Les asiles d'aliénés et les établissements hospitaliers peuvent s'inscrire au Congrès et recevoir un exemplaire des rapports et des comptes rendus de la session. Le minimum de leur cotisation a été fixé à 80 francs français.

Les *membres associés* se composent des personnes de la famille des membres titulaires et des membres adhérents. Le prix de leur cotisation est de 50 francs français. Ils ne prennent pas part aux travaux du Congrès, mais bénéficient des avantages accordés pour les voyages et excursions.

**Envoyer le montant des cotisations** en francs français, chèque sur Paris, mandat international, mandat-postal ou chèque-postal, avec indication précise des noms et adresses,

au Docteur VIGNAUD, trésorier, 4, avenue d'Orléans, Paris (XIV<sup>e</sup>). Compte chèques-postaux : Paris, C.-C. 456-30.

## Etablissement Médical de MEYZIEU (Isère) Près LYON

Fondé en 1881 par le Docteur Ant. COURJON

### Direction médicale

D<sup>r</sup> Rémi COURJON, Médecin des Asiles, Ancien Chef de Clinique Neuro-Psychiatrique à la Faculté de Lyon, Expert près la Cour d'Appel de Lyon.

D<sup>r</sup> Jean THÉVENON, Ex-interne des Hôpitaux de Lyon, Ancien Chef de Clinique Neuro-Psychiatrique à la Faculté de Lyon.

Un médecin-adjoint

## MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

NÉVROSES, PSYCHOSES, INTOXICATIONS  
CURE DE RÉGIME, SEVRAGE, ISOLEMENT

*Pour tous renseignements : s'adresser au Directeur à Meyzieu, tél. n° 5, ou à Lyon, Cabinet du D<sup>r</sup> Rémi Courjon, 4, rue Président Carnot, les mardi et jeudi de 15 à 17 h. Tél. Franklin 07-28.*

## SOMMAIRE DU N° 3 (tome I), MARS 1936

### MÉMOIRES ORIGINAUX

- J. LHERMITTE et J. DE AJURIAGUERRA. — Hallucinations visuelles et lésions de l'appareil visuel..... 321
- C.-I. PARHON, A. KREINDLER et E. WEIGL. — Syndrome psychasthénique et hyperhypophysie (Relations possibles entre le trouble endocrinien et l'orientation des manifestations psychopathologiques)..... 352
- G. VERMEYLEN. — Les tendances actuelles de la psychiatrie en Belgique..... 359

(Suite du sommaire, page II).

## MAISON DE SANTÉ DE BELLEVUE (S.-et-O.)

8, Avenue du 11 Novembre -:- Observatoire 10-62

MÉDECIN-DIRECTEUR : D<sup>r</sup> BUSSARD

MÉDECIN ASSISTANT : D<sup>r</sup> Paul CARRETTE

✻  
Maladies  
du  
Système  
nerveux  
et de la  
Nutrition  
✻



Psycho-  
névroses  
✻  
Intoxica-  
tions  
✻  
Convales-  
cences

Cet établissement, situé sur le coteau de Bellevue, à proximité du bois de Meudon, est composé de plusieurs pavillons dans un parc. Il offre tout le confort moderne, éclairage électrique, eau courante chaude et froide dans les chambres, chauffage central.

## SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

*Séance du jeudi 12 mars 1936*

- J. DÉLMOND et L. ANGLADE. — Gigantisme, terreurs nocturnes et délire d'imagination ..... 385
- P. COURBON et C. FEUILLET. — Stéréotypie démentielle d'attitude en station sur la tête ..... 390
- L. MARCHAND. — Etat du fond de l'œil dans 115 cas de paralysie générale traités par le stovarsol sodique ..... 398
- P. GUIRAUD et G. FERDIÈRE. — Aphasie chez les syphilitiques et paralysie générale. Problèmes de diagnostic et de traitement 404

- H. CLAUDE, P. SIVADON et A.-P.-L. BELEY. — Un cas de simulation discuté ..... 408
- H. CLAUDE, P. SIVADON et J. AJURIAGUERRA. — Déséquilibre mental post-encéphalitique. (Perversions sexuelles : autoérotisme du mollet, fétichisme du soulier, etc.) .. 412
- G. HEUYER et Ch. DURAND. — Une forme particulière de délire à deux chez un parkinsonien et sa mère ..... 416

*Séance du lundi 23 mars 1936*

- Adoption du procès-verbal ..... 426
- Décès de M. le Professeur L. Bouman .. 426

(Suite du sommaire, page IV).

# MAISON DE SANTÉ

:- D'IVRY-SUR-SEINE :-

23, Rue de la Mairie à IVRY

Téléphone : Gob. 01.67

## MALADIES MENTALES & NERVEUSES

**NOMBREUX PAVILLONS**

**DANS UN PARC DE 12 HECTARES**

**Médecin-Directeur : Docteur A. DELMAS**

*Ancien chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris*

**Médecin-adjoint : Docteur P. DELMAS**

# CHATEAU DE SURESNES

Téléphone : SURESNES 2.88

Maison  
de Santé  
de Repos  
de Régimes



FONDÉE PAR

M. le Dr MAGNAN

Membre de

l'Académie de Médecine



Le Château

La Maison de Santé du Château de Suresnes est située à la Porte de Paris (sortie du Bois de Boulogne), dans un grand parc.

Remise à neuf et embellie depuis la guerre, la maison reçoit, dans des parties distinctes (château et pavillons dispersés dans la verdure du parc), des convalescents, neurasthéniques, nerveux, intoxiqués ou psychopathes.

Château et pavillons réunissent toutes les conditions les meilleures d'hygiène et de bien-être (chauffage central, eau chaude, électricité, eau de source), etc.

Les personnes qui y séjournent peuvent y disposer à leur gré d'une chambre meublée avec luxe, d'un cabinet de toilette, d'un salon, d'une salle de bains, etc.

Les Médecins de la Maison de Santé et leurs familles prennent leurs repas avec les pensionnaires qui désirent fréquenter la salle à manger.

La Maison est largement ouverte à Messieurs les Médecins, qui peuvent ainsi continuer à suivre leurs malades.

## HYDROTHÉRAPIE - ÉLECTROTHÉRAPIE

MÉDECINS DIRECTEURS :

Dr FILLASSIER O. ✱



Dr DURAND-SALADIN

NOTICE SUR DEMANDE

Communications : Tramway du Val d'Or à la Porte Maillot



|   |     |
|---|-----|
| Correspondance .....  | 426 |
| L. MARCHAND. — A propos des lésions du fond de l'œil chez les paralytiques généraux traités par la tryparsamide ... | 427 |
| H. ROXO. — Méthodes spéciales de traitement des maladies mentales .....   | 428 |
| J. RONDEPIERRE. — Cyclothymie et dysendocrinie. Essai de traitement d'un cas.                                       | 429 |
| DONNADIEU et BARGUES. — Paralyse générale et hémorragie méningée : un cas d'hématome intra-arachnoïdien ....        | 435 |

|  |     |
|--|-----|
| BARGUES et GRIMAL. — Le butyl-éthyl-barbiturate de sodium dans le traitement du delirium tremens .....   | 439 |
| LAIGNEL-LAVASTINE et G. d'HEUCQUEVILLE. — Statistique du service de psychiatrie d'urgence de la Pitié : rôle des services ouverts des hôpitaux ..... | 444 |
| G. PETIT. — Les crises oculogyres en pathologie mentale .....  | 450 |
| P. COURBON et M. LECONTE. — Mérycisme dementiel par altruisme morbide ...  | 463 |

## SOCIÉTÉS

### Société de Neurologie de Paris

Séance du jeudi 5 mars 1936

A. BARRÉ et O. METZGER. — Résultats éloignés d'intervention chirurgicale pour arachnoï-

dite .....

J. DEREUX. — Etude clinique d'un cas de myoclonies vélo-pharyngo-laryngées .....

ALAJOUANINE, HOMET et THUREL. — Conservation

(Suite du sommaire page VI).

# CHATEAU DE

DIRECTEUR : D<sup>r</sup> Gaston MAILLARD  
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris  
Médecin de Bicêtre et de la Salpêtrière  
Médecin-adjoint : D<sup>r</sup> Charles GRIMBERT

— MAISON DE SANTÉ MODERNE —  
POUR DAMES ET JEUNES FILLES



# L'HAY-LES-ROSES

INSTALLATION  
DE  
premier ordre  
Notice sur demande  
2, rue Dispan

L'HAY-  
LES-ROSES  
(SEINE)  
TÉLÉPHONE : 5

AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX  
- CURES DE DÉSINTOXICATION -  
- DE REPOS ET DE RÉGIMES -

# VILLA DES PAGES

LE VÉSINET (S.-et-O.)

40, Avenue Horace Vernet

TRAITEMENT DES AFFECTIONS NERVEUSES  
ET DES MALADIES DE LA NUTRITION

REPOS, CONVALESCENCES, RÉGIMES

*Cures de désintoxication*

Psychothérapie, Rééducation, Physiothérapie



*12 chalets pourvus du confort moderne  
disséminés dans un parc de 5 hectares.  
Chambres ou appartements à plusieurs pièces*

La clinique est entièrement ouverte aux Médecins  
qui peuvent ainsi conserver la direction de leurs malades

Médecins directeurs : Docteurs LEULIER, MIGNON, CASALIS

Médecin assistant : Docteur LECLERCQ

Téléphone : LE VESINET 12

|   |     |
|---|-----|
| des couches superficielles du cortex dans les ramollissements .....   | 467 |
| EGAZ MONIZ et ALMEIDA LIMA. — Symptômes du lobe préfrontal .....  | 468 |
| LÉVY-VALENSI, J. BEZANÇON et G. TILITCHEEF. — Un cas de syndrome hémibulbaire associé à une paralysie croisée du pathétique.....  | 468 |
| J.-A. CHAVANY, F. THIÉBAUT et S. THIÉFFRY. — Coexistence de paralysie due au sérum antidiphthérique et de paralysies diphthériques. ....                                  | 468 |
| LHERMITTE. — Action de la radiothérapie sur la syringomyélie .....  | 469 |
| LHERMITTE et ALBESSAR. — Syndrome infundibulaire avec phénomène de dépersonnalisation .....   | 469 |
| TINEL. — Un cas de parkinsonisme post-traumatique chez un ancien encéphalitique..   | 469 |
| G. ROUSSY, J. LHERMITTE et R. HUGUENIN. — Syndrome métastatique aigu médullaire dans le cancer. (Syndrome de section physiologique) par myélomalacie et hématomyélie..... | 469 |

|   |     |
|---|-----|
| A. THOMAS et AUBRY. — Etude anatomique du nerf vestibulaire d'un malade atteint de vertige de Ménière ..... | 470 |
|---|-----|

## Société de Médecine Mentale de Belgique

Séance du samedi 29 février 1936

|  |     |
|--|-----|
| F. D'HOLLANDER et Ch. LAVISTA. — Etudes sur la catatonie expérimentale .....   | 470 |
| H. BAONVILLE, J. LEY et J. TITECA. — Intoxication oxycarbonée avec légère hémorragie méningée et troubles mentaux tardifs..... | 470 |
| H. BAONVILLE, J. LEY et J. TITECA. — Un nouveau cas de démence précoce .....   | 471 |
| DAELMAN. — Psychose puerpérale à évolution dementielle, guérison brusque, par fièvre spontanée .....                           | 471 |
| HOVEN. — A propos des psychoses de la ménopause .....  | 471 |

(Suite du sommaire page VIII).

# INSTITUT MÉDICO-PÉDAGOGIQUE DE VITRY-SUR-SEINE

**Adresse :** 22, rue Saint-Aubin, Vitry-sur-Seine (Seine). *Téléphone : Italie 06-96.* Renseignements à l'Etablissement ou 164, faubourg St-Honoré (VIII<sup>e</sup>), chez le D<sup>r</sup> Paul-Boncour. *Téléphone : Elysées 32-36.*

**Affections traitées :** Maison d'éducation et de traitement pour enfants et adolescents des deux sexes : retardés, nerveux, difficiles, etc.

**Disposition :** Pavillons séparés. Parc de 5 hectares.

**Confort :** Eau courante chaude et froide. Chauffage central.

**Traitement :** Hydrothérapie.

**Directeurs :** D<sup>r</sup> Paul-Boncour, O. \* et G. Albouy.



# SAINT-REMY

CLINIQUE MÉDICALE

46, Boul. Carnot      Tél. Régional 755 et 850

LE VÉSINET (S.-et-O.).



-- -- TRAITEMENT -- --  
des affections du Système nerveux, des  
intoxications et des maladies de la nutrition

Repos — Convalescences — Régimes  
Electrothérapie — — Hydrothérapie

Dans banlieue agréable, paisible et saine.  
Très belle installation modèle, 6 pavillons séparés  
- - dans un parc fleuri de 2 hectares - -

Chambres gaies, meublées avec goût, très confortables, cabinets de toilette avec S. B. et W. C. privés. Galeries ensoleillées. Terrain et salons de jeux.  
- Excellente cuisine bourgeoise et de régimes -

NI MALADES CONTAGIEUX OU BRUYANTS

-- -- MÉDECIN-DIRECTEUR -- --

-- **D<sup>r</sup> P. ALLAMAGNY** --

avec la collaboration du D<sup>r</sup> VIGNAUD,  
ex-Directeur de la Maison de Santé de Vanves  
-- -- et d'un médecin assistant -- --

## Société belge de Neurologie

Séance du samedi 29 février 1936

- C. HEYMANS. — Survie et reviviscence des centres nerveux après anémie aiguë ..... 472
- H. CALLEWAERT. — Hémiplegie à la suite d'hémorragie et de tamponnement de la région

- carotidienne ..... 473
- P. MARTIN et L. VAN BOGAERT. — Un cas de diagnostic difficile ..... 473
- DE BUSSCHER, MARTIN et VAN BOGAERT. — Crises cataplexiques et anomalies de caractère.. 473
- LARUELLE et L. MASSION. — Note sur l'hy-perpnée ..... 473

## ANALYSES

### LIVRES, THÈSES, BROCHURES

#### Histoire de la Médecine.

- A. WEBER. — Tableau de la caricature médicale depuis les origines jusqu'à nos jours..... 471
- J.-P. BÉTEAU. — La peste d'Athènes (430-426 av. J.-C.) ..... 475

#### Psychiatrie.

- J. ROUART. — Psychose maniaque-dépressive et folies discordantes, Situation nosographique de

- quelques formes particulières par rapport à ces entités ..... 475
- J. DELMOND. — Essai sur la schizophasie... 478
- H.-M. GALLOT. — Essai sur la psychologie et la physiologie des obsédés ..... 478
- A. MASSON. — Le travestissement. Essai de psychopathologie sexuelle ..... 479
- E. ESSEN-MÖLLER. — Recherches sur la natalité dans certains groupes de maladies mentales 480

(Suite du sommaire page X).

# CHATEAU DES COUDRAIES

Ancienne Institution d'Eaubonne (fondée en 1847)

Magnifique Parc de 5 hectares, adossé à la forêt de Sénart. Très belle vue sur la vallée de la Seine. Très grand confort. Eau courante, chaude et froide, dans toutes les chambres, électricité, chauffage central, installation hydrothérapique complète, Rayons U. V. Jardinage. Horticuture. Potagers de 20.000 m<sup>2</sup>. Tennis.



PRIX DE PENSION A PARTIR DE 750 FR. PAR MOIS

## ÉTIOLLES (S.-&-O.)

### ENFANTS ET JEUNES GENS ARRIÉRÉS

Education et Traitement  
des déficients intellectuels  
à tous les degrés

DIRECTEURS  
Drs M. et J. de CHABERT

de 2 à 5 heures  
sauf jeudis et dimanches  
25 km. de PARIS  
gare Evry-Petit-Bourg (P.-L.-M.)  
Arrêt des autocars Citroën  
27 - 28 - 29 : Dép. de Paris,  
pl. Denfert-Rochereau  
Tél. Corbeil 226



# LES RIVES DE PRANGINS

PRANGINS près *NYON* (Suisse)

## ETABLISSEMENT DE PSYCHOTHÉRAPIE

CONFORT MODERNE

|||    Chambres seules ou appartements de une ou plusieurs pièces    |||  
--    Magnifique situation au bord du Léman    --  
--    A 22 km. de Genève sur la route de Lausanne    --  
Six villas disséminées dans un grand parc de 45 hectares    |||



## TRAITEMENT DES AFFECTIONS NERVEUSES

ANALYSES PSYCHOLOGIQUES - CURES DE REPOS - RÉGIMES  
SUGGESTION - RÉÉDUCATION - PHYSIOTHÉRAPIE

Traitement organothérapique avec contrôle biologique (Cures d'insuline, pyrothérapie, malariathérapie) — Laboratoire d'analyses — Rayons X

|||    --    Divers ateliers très bien installés    --    |||  
Etudes et leçons particulières dans l'établissement  
--    Sports d'été et sports d'hiver    --    |||  
--    Trois tennis — Bains du lac — Equitation    --

**Cinq médecins** et un nombreux personnel spécialisés assurent le traitement

*Prix de pension variant suivant la nature du traitement  
et le genre de l'installation choisie (à partir de Fr. suisses 25 par jour)*

DEMANDEZ PROSPECTUS A L'ADMINISTRATION

Adresse télégraphique :  
RIVAPRANGINS NYON

|||    Téléphones { Administration : Nyon 95.442  
Service Médical : Nyon 95.441  
(de préférence entre 11 heures et midi)

Médecins-chefs { D<sup>r</sup> O.-L. FOREL, Privat-Docent à l'Université de Genève ;  
D<sup>r</sup> R. de SAUSSURE, Privat-Docent à l'Université de Genève.

P. REITER et Jacob JAKOBSEN. — Dermatoses pel-  
lagroïdes chez les malades mentaux..... 481

## Psychologie.

P. JANET. — La psychologie expérimentale et  
comparée ..... 481

H. PIÉRON. — L'Année psychologique, 35<sup>e</sup> an-  
née ..... 482

## Neurologie.

G. GUILLAIN. — Etudes Neurologiques, 6<sup>e</sup> série 483

R. MONIER-VINARD. — Neurologie ..... 484

PASTEUR VALLÉRY-RADOT et J. HAMBURGER. —  
Les migraines. Etude pathogénique, clinique  
et thérapeutique ..... 485

R. BOURGEOIS. — Les hydrocéphalies aiguës et  
subaiguës d'origine optique, accidents ménin-  
gés otogènes purement hypertensifs..... 486

J. CURVEILLÉ. — Du syndrome d'Adie, de son  
diagnostic et des problèmes étiologiques qu'il  
pose ..... 487

## Biologie.

G. MARINESCO et A. KREINDLER. — Des réflexes  
conditionnels. Etude de physiologie normale et  
pathologique ..... 487

P. DOUSSINET. — Contribution à l'étude des con-  
ditions biologiques de certains troubles men-  
taux ..... 488

## Endocrinologie.

N. FIESSINGER. — Endocrinologie ..... 488

## Hygiène et prophylaxie.

PÉHU, G. MOURIQUAND, J. FROMENT, P. MAZEL,  
A. FEYEU, A. JOUVE, A. MESTRALLET, R.-P. JAC-  
QUET et R. BIOT. — Médecine et Education 490

## Thérapeutique.

M. CAPELLE. — L'hyposulfite de magnésium en  
thérapeutique psychiatrique ..... 491

J. GOUJON. — Essai sur la pharmacologie et l'em-  
ploi thérapeutique des sels de strontium, en  
particulier de l'iodure ..... 492

(Suite du sommaire, page XII).



12, Boul. du Château -- NEUILLY-SUR-SEINE

Tél. : Maillot 20-92

**CENTRE MÉDICO-PÉDAGOGIQUE** pour le  
traitement individuel des enfants présentant du  
retard intellectuel, de l'instabilité, de l'apathie, des  
troubles nerveux, des impotences fonctionnelles,  
sous la surveillance du D<sup>r</sup> Suzanne SERIN.

Rééducation et traitement adapté à chaque cas.  
Personnel spécialisé. Atmosphère familiale. Grand  
jardin ensoleillé. Etablissement ouvert aux médecins  
qui peuvent continuer à suivre leurs malades. Ni  
contagieux, ni pervers, ni épileptiques.

Directrice : Madame P. BAYARD

# DIVONNE-LES-BAINS

OUVERT  
TOUTE  
L'ANNÉE

Altitude 519 m. (Genève 16 km.) — AIN

LA GRANDE STATION FRANÇAISE DE REPOS

- - dans un parc de 100 hectares - -

-- Indication spéciale de cure pour les --  
troubles fonctionnels du SYSTÈME NERVEUX  
ET DES MALADIES DE LA NUTRITION  
— qui s'y rattachent —

## Etablissement hydrothérapique dans le parc.

Hydrothérapie. Psychothérapie. Cures d'air, de repos,  
d'exercices et de régimes. Massothérapie. Electrothé-  
rapie. Radiologie

## Les Hôtels dans le Parc.

Hôtel du Golf. Première réalisation hôtelière de la sup-  
pression des bruits. Hôtel Chicago. Le Grand Hôtel.

Maison de Régime, sous la direction d'un médecin  
spécialisé, secondé d'un personnel compétent. Cuisine  
de diététique. Laboratoire d'analyses et de recher-  
ches biologiques.

## Distractions.

Théâtre. Concerts. Cinéma. Parc pour enfants

## Tous les sports.

Golf 18 trous. Tennis. Promenades. Canotage (5 km. du  
lac). Pêche à la truite

Directeur Général : TARTAKOWSKY

## JOURNAUX ET REVUES

### Médecine légale.

J. CONSTANT. — De la légalité des peines.. 492

Le Droit pénal allemand ..... 493  
P. DE NÉMETH. — Le problème du Tribunal des  
Enfants ..... 494  
M. MÜLLER. — Névrose et criminalité ..... 494

## VARIÉTÉS

### Société Médico-Psychologique :

Séances ..... 495

### Asiles publics d'aliénés :

Nominations ..... 495

Poste vacant ..... 495

### Hygiène et Prophylaxie :

Prochaine création à Nantes d'un établisse-  
ment d'éducation de jeunes filles anormales  
ou arriérées ..... 496

### Réunions et Congrès :

IX<sup>e</sup> Conférence des psychanalystes de langue  
française ..... 496

92<sup>e</sup> Réunion annuelle de l'American Psychia-  
tric Association ..... 496

XI<sup>e</sup> Congrès International de Psychologie. 496

VIII<sup>e</sup> Cours International de Haute Culture mé-  
dicale (Fondation Tomarkin) ..... 496

## INFORMATIONS

Vacances de Pâques sur la Côte d'Azur.... XIV

II<sup>e</sup> Congrès de l'Association Internationale pour  
l'étude des radiations solaires, terrestres et  
cosmiques (15-17 juillet 1936) ..... XXII

Voyage médical au plus grand Maroc, par le  
Riff, le grand Atlas et le Souss (Pâques  
1936) ..... XXVI

## CENTRE MÉDICO - PSYCHOLOGIQUE POUR ENFANTS

# “ La Métairie ”

-- NYON (Vaud) -- SUISSE -- Tél. : Nyon 95.626 --



Traitement des troubles nerveux de l'enfance.  
Action pédagogique combinée au traitement  
médical. Individualisation de l'enseignement.

-- -- Séjours d'observation. -- --

Institut pathopsychologique spécialisé  
pour examens et expertises neurologi-  
ques et psychologiques. -- --

Consultations tous les jours. D<sup>r</sup> Guillerey,

Médecin Directeur, D<sup>r</sup> Duby, D<sup>r</sup> Calame.

Médecin consultant : Professeur d'Université

D<sup>r</sup> O. Löwenstein. -- -- -- --

# MAISON DE SANTÉ

161, rue de Charonne -- PARIS-XI<sup>e</sup>

Téléphone : ROQUETTE 05-05

Traitement des maladies mentales et nerveuses des deux sexes

Grand parc de 2 hectares en plein Paris

Pavillons et jardins séparés

Directeur : le D<sup>r</sup> CL. VURPAS

*Médecin de La Salpêtrière*

Les familles sont reçues tous les jours de 2 heures à 5 heures

## VILLA PENTHIÈVRE

*Maison de Santé et de Convalescence*

SCEAUX (Seine) Tél. 12

**PSYCHOSES — NÉVROSES**



MÉDECIN-DIRECTEUR : D<sup>r</sup> BONHOMME, Ancien Interne des Asiles de la Seine

MÉDECINS ASSISTANTS : D<sup>r</sup> CODET, Ancien Chef de Clinique de la Faculté

D<sup>r</sup> PICHARD, Ancien Interne des Hôpitaux



## INFORMATIONS

---

### VACANCES DE PAQUES SUR LA COTE D'AZUR

---

Le prochain voyage de la Société Médicale du littoral méditerranéen se déroulera pendant la semaine de Pâques, du 12 au 19 avril prochain. Les voyageurs arriveront dans la matinée du dimanche de Pâques (12 avril) à Hyères, et visiteront, dans l'après-midi, les Etablissements de la Plage, de Giens et de San-Salvador, les Iles d'Or et passeront la soirée à Hyères, au Casino municipal.

Durant les deux journées suivantes, ils parcourront la Côte des

(A suivre, page d'annonces XVIII).

# CLINIQUE BELLEVUE

Le Landeron, près Neuchâtel (Suisse)

Etablissement  
neuro-psychiatrique

Installations modernes  
et confortables



CURES  
de désintoxication,  
de repos  
et d'isolement.  
Psychothérapie.

Vastes parcs ombragés.  
Vie de famille.

Prospectus — Prix très modérés

Directeur : D<sup>r</sup> H. BERSOT

# LABORATOIRES AMIDO

A. BEAUGONIN, Pharmacien

4, Place des Vosges, 4

— PARIS, 4<sup>e</sup> Arr<sup>t</sup>

## AMIDAL

Poudre — Comprimés — Cachets — Dragées

Deux à quatre cuillérées à café,  
ou quatre à huit comprimés, dragées  
ou cachets par jour

Entérites aiguës et chroniques.

Entéro colites. Dysenterie.

Toutes les Diarrhées.

La constipation spasmodique.

## VITAMYL IRRADIÉ

Extrait concentré de vitamines A, B, et C.

Ergostérol irradié  
Une cuillérée à café  
avant chacun des trois repas.

Carences et Pré-carences.

Rachitisme.

Déminéralisation.

Troubles de la Croissance

## GÉNÉSÉRINE

POLONOVSKI et NITZBERG

Deux à trois granules ou dragées ou 20 à 30  
gouttes à chacun des trois repas ou une ampoule  
injectable chaque jour pendant 10 jours.

Hypo-acidité gastrique.

Syndrome solaire.

Dyspepsie atonique.

Palpitations et Tachycardie  
des cœurs nerveux.

## GÉNATROPINE

POLONOVSKI et NITZBERG

2 granules, ou 20 gouttes, 2 à 3 fois par jour,  
entre les repas de préférence.  
1 ampoule injectable par jour.

Hyperchlordrie.

Spasmes digestifs — Vomissements.

Coliques — Diarrhées.

## GÉNOSCOPOLAMINE

POLONOVSKI et NITZBERG

4 à 8 granules, ou 40 à 80 gouttes par jour,  
en 2 ou 3 prises, 1 ampoule par jour.

Maladie de Parkinson.

Syndromes post-encéphalitiques.

Anesthésie chirurgicale ou obstétricale.

## GÉNHYOSCYAMINE

POLONOVSKI et NITZBERG

2 granules, ou 20 gouttes, 2 à 3 fois par jour  
entre les repas de préférence.  
1 ampoule par jour.

Spasmes digestifs.

Tremblements.

Syndromes parkinsoniens.

Sueurs des tuberculeux.

## GÉNOSTRYCHNINE

POLONOVSKI et NITZBERG

ou

Ampoules — Goutte — Granules

## GÉNOSTHÉNIQUES

Cacodylate de Génostrychnine et de Gènesérine.

2 granules, ou 20 gouttes à chacun des trois repas.  
1 ampoule injectable chaque jour.

Asthénie.

Neurasthénie — Surmenage.

Anémie — Convalescence.

Paralysies atoniques.

## GENOMORPHINE

POLONOVSKI et NITZBERG

En comprimés dosés à 2 Ctgrs (2 à 3 fois  
par jour) ou en ampoules injectables  
dosées à 4 Ctgrs.

La Douleur.

L'Anxiété — l'Agitation.

Les Dyspnées spasmodiques.

La Démorphinisation.

ÉCHANTILLONS MÉDICAUX SUR DEMANDE

# TRAITEMENT DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE

PAR STOVARSOLTHÉRAPIE

## STOVARSOL SODIQUE

4-oxy-3-acétylamino-phényl-1-arsinate de sodium

**Traitement efficace pour un  
pourcentage élevé des cas  
même avancés**

INJECTIONS SOUS-CUTANÉES INDOLORES

PAR PYRETOTHÉRAPIE

## DMELCOS

Stock-vaccin

Émulsion stabilisée de bacilles de Ducrey

**Tous les avantages de la  
Malariathérapie  
sans ses inconvénients  
Action thermique réglable à volonté**

INJECTIONS INTRA-VEINEUSES

---

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE

**SPECIA**

MARQUES "POULENC FRÈRES" ET "USINES DU RHONE"

21, RUE JEAN-GOUJON - PARIS-8<sup>e</sup>



## CLINIQUE MÉDICALE DE FONTENAY-S.-BOIS

(Seine)

6, Avenue des Marronniers -- Tél. : Tremblay 12-87

Médecin-Directeur :

Docteur G. COLLET, Ancien interne des Asiles de la Seine

### TRAITEMENT DES MALADIES NERVEUSES

ISOLEMENT — PSYCHOTHÉRAPIE — RÉGIMES — HYDROTHÉRAPIE  
ÉLECTROTHÉRAPIE

ÉTABLISSEMENT SITUÉ EN BORDURE DU BOIS DE VINCENNES — PARC  
PAVILLONS SPÉCIAUX POUR DAMES ET JEUNES FILLES

MAISON de REPOS pour PERSONNES AGÉES et pour CONVALESCENTS  
MOYENS DE COMMUNICATIONS FACILES AVEC PARIS

*Chemin de fer de Vincennes, Place de la Bastille, à Paris*

*Autobus n° 122 au Château de Vincennes (Station du Métro).*

## INSTITUT MÉDICAL PRIVÉ

POUR

## ENFANTS RETARDÉS ET NERVEUX

LE HOHWALD (Bas-Rhin)

Station climatérique (600 mètres)

SONT ADMIS : 1° Les déficients mentaux (instables, asthéniques, nerveux).  
2° Les arriérés accidentels.  
3° Les retardés par suite de chétivité constitutionnelle.

*NOUS N'ACCEPIONS QUE DES ENFANTS RÉÉDUCABLES  
ET NON CONTAGIEUX*

Surveillance médicale rigoureuse. Education médico-pédagogique adaptée  
aux cas particuliers. Rythmique. Jeux et sports (sports d'hiver 1.099 m.).  
Cure d'air et de soleil. Climat tonifiant.

**DIRECTION :**

E. HAAS HAUTVAL — M<sup>lle</sup> Dr H. HAAS HAUTVAL

## VACANCES DE PAQUES SUR LA COTE D'AZUR

(Suite)

Maures, Saint-Raphaël, sa plage et ses maisons d'enfants ; — puis, par la Corniche de porphyre rouge de l'Estérel, ils arriveront à Cannes le mardi soir.

Jeudi 16 avril, les voyageurs verront Grasse ; — Vence et ses Sanatoria ; — Cagnes et sa colonie de poètes et de peintres. Ils passeront la nuit à Nice et continueront leur parcours le vendredi 17 avril, par la Voie Romaine (Grande Corniche), où des arrêts sont prévus pour la visite de l'Observatoire du Mont-Gros (propriété de l'Université de Paris), du Trophée d'Auguste à la Turbie, du Château médiéval de Roquebrune, et du Cap Martin avec ses villas princières. Ils arriveront dans l'après-midi à Menton, et franchiront la frontière italienne

(A suivre, page d'annonces XX).

### *Ecole du Docteur Henriette Hoffer*

ETABLISSEMENT PSYCHO - MÉDICO - PÉDAGOGIQUE  
POUR ENFANTS INAPTES A SUIVRE LES CLASSES NORMALES

(ENFANTS RETARDÉS, DÉLICATS, SOURDS, PARLANT MAL)

Fondatrices : D<sup>r</sup> H. HOFFER et Madame Anne-Marie BUSSEAU



« MONTCLAIR »

I, Grande Rue, BELLEVUE-MEUDON (Seine-&-Oise) -- Téléph. : Observatoire 17-45



LE CASTEL  
D'ANDORTE

- 342, Route du Médoc -  
LE BOUSCAT, près Bordeaux  
- Téléphone : BORDEAUX 836-30 -

♦ ♦ ♦  
MALADIES MENTALES  
- ET NERVEUSES -  
♦ ♦ ♦

Médecin-Directeur :  
Docteur Pierre CHARON

# Epilepsie

## ALEPSAL

simple, sûr, sans danger

Échantillons & Littérature  
LABORATOIRES GÉNÉVRIER 2 Rue du Débarcadère PARIS.

## VACANCES DE PAQUES SUR LA COTE D'AZUR

(Suite)

pour visiter les Laboratoires du D<sup>r</sup> Voronoff, installés au Palais Grimaldi.

La journée du samedi 18 avril sera consacrée à la Principauté de Monaco, au Palais de ses Princes et au Musée Océanographique. Dans l'après-midi et la soirée, on visitera les célèbres jardins et le Casino de Monte-Carlo. Le lendemain, on prendra la route de la Moyenne Corniche pour voir Beaulieu et sa flore tropicale, Villefranche et sa rade. On sera de retour à Nice dans l'après-midi du dimanche 19, et les voyageurs pourront, à leur gré, prolonger leur séjour dans la métropole du littoral, ou la quitter par les grands trains de la soirée.

Ils pourront également prendre part à une *Excursion facultative*

(A suivre, page d'annonces XXI).

### ÉTABLISSEMENT HYDROTHÉRAPIQUE ET

### MAISON DE CONVALESCENCE

Docteur J.-B. BUVAT et Docteur G. VILLEY-DESMESERETS

*Anciens Internes des Asiles de la Seine*

*Médecins-Directeurs*

**VILLA MONTSOURIS**  
130, rue de la Glacière  
**PARIS**

Téléphone : Gobel. 05-40

**MARDI, VENDREDI**

**2 à 5**

**CHATEAU de l'ABBAYE**  
**VIRY-CHATILLON**

(S.-et-O.)

Téléphone : Juvisy 76

**PARC : Huit Hectares**

**TRAITEMENT DES MALADIES**  
**NERVEUSES ET DES TOXICOMANIES**

— « PRIX MODÉRÉS » —

## VACANCES DE PAQUES SUR LA COTE D'AZUR

(Suite)

dans les Alpes, qui sera organisée pour eux le *lundi 20 avril*, et à un *Voyage en Corse*, qui partira du port de Nice, si un nombre suffisant de voyageurs en fait la demande.

Les parcours seront tous effectués en autocars. Des conférences et démonstrations seront faites chaque jour. Les adhérents recevront des permis de parcours à tarif réduit, valables pendant un mois sur les Chemins de fer français, italiens et roumains. Les étudiants en médecine seront admis aux mêmes conditions que les médecins.

Le Secrétariat de la *Société*, 24, rue Verdi, à Nice, envoie gratuitement, dès à présent, le programme détaillé du voyage et tous les renseignements qui lui seront demandés.

(A suivre page d'annonces XXII).

# CHATEAU DU BEL-AIR

VILLENEUVE-St-GEORGES, 15 minutes de Paris

65 trains par jour dans chaque sens

Voitures à la gare de Villeneuve-St-Georges : Trajet en 3 minutes

### PARC

de 8 hectares  
à  
flanc de coteau  
au midi

Confort Moderne

### CHAMBRES

avec  
Salles de bains  
privées



Cures de Repos  
Convalescences  
Régimes  
Désintoxications  
Psychothérapie  
Héliothérapie  
Malariathérapie

MÉDECINS  
SPÉCIALISTES

résident  
au Château

**DRS H. MEURISOT & REVAULT D'ALLONNES**

Ancienne Maison de Santé fondée par le Dr Blanche à Passy

Téléphone 244 à Villeneuve-St-Georges

PRIX MODÉRÉS. — NOTICES ILLUSTRÉES SUR DEMANDE

**SECOND CONGRES**  
**DE L'ASSOCIATION INTERNATIONALE**  
**POUR L'ETUDE DES RADIATIONS SOLAIRES**  
**TERRESTRES ET COSMIQUES**  
**(15-17 juillet 1936)**

---

Le premier Congrès de l'Association (tenu du 15 au 17 juillet 1935), a été consacré à « *l'Enfant à la Mer et à la Montagne* ». — Le second Congrès aura lieu à la même date (15-17 juillet 1936) et en voici le thème :

« Que savons-nous des Radiations électriques solaires ? — de l'Electricité atmosphérique et de l'Ionisation de l'air ? — de la Radio-activité des roches et des eaux ? — Quelle est l'influence de

(A suivre page d'annonces XXIII).

## NEUROBORE PUR

Solution inaltérable de tartrate borico-potassique pur  
1 gr. par cuillerée à café

**SPÉCIFIQUE DES AFFECTIONS NERVEUSES**

*Pas d'Acné — Pas de troubles gastro-intestinaux — Pas de dépression cardiaque*

## NEUROBORE -G- ASSOCIÉ

Tartrate borico-potassique + Phénylethyl-malonylurée + Correctif  
en cachets solubles

**MÉDICATION D'ATTAQUE**

des Affections nerveuses graves, des Insomnies rebelles

## CANTÉINE

**BOUTEILLE**

(Cratægus -- Passiflore -- Hamamélis -- Salix alba)  
Erethisme cardiaque - Neurasthénie - Mélancolie - Déprimés  
-- Troubles circulatoires et troubles nerveux consécutifs --

Echantillon gratuit sur demande

---

**Laboratoire E. BOUTEILLE, 23, rue des Moines, PARIS (17<sup>e</sup>)**

**SECOND CONGRES**  
**DE L'ASSOCIATION INTERNATIONALE**  
**POUR L'ETUDE DES RADIATIONS SOLAIRES**  
**TERRESTRES ET COSMIQUES**  
**(15-17 juillet 1936)**

(Suite)

« ces Radiations ambiantes sur la charge électrique du corps humain  
« et, partant, sur l'apparition et l'évolution des Maladies aiguës et  
« chroniques ? »

Ce second Congrès sera tenu à *La Malou* (Hérault). Dès à présent, l'Association prie tous ceux qui voudront bien lui donner leur concours, de signaler les travaux déjà publiés, — les noms des personnalités

(A suivre page d'annonces XXIV).

## MAISON de SANTÉ de PRÉFARGIER

== près Neuchâtel, Suisse ==

Traitement  
des maladies  
nerveuses  
et mentales,  
de l'alcoolisme,  
des toxicomanies.



Installations  
modernes



Psychothérapie.



Traitement  
individuel.  
Occasions variées  
d'occupation  
rationnelle  
pour les  
pensionnaires

**Situation ravissante au bord du lac de Neuchâtel**  
**Vaste parc de 30 hectares**

Deux médecins spécialistes résidant à l'Etablissement  
Médecin-Directeur : Dr A. Koller — Médecin-Adjoint : Dr Ch. Barbezat

===== PROSPECTUS =====



SECOND CONGRES  
DE L'ASSOCIATION INTERNATIONALE  
POUR L'ETUDE DES RADIATIONS SOLAIRES  
TERRESTRES ET COSMIQUES  
(15-17 juillet 1936)

(Suite)

---

ayant l'expérience nécessaire pour apporter une mise au point des questions posées, — et les noms des chercheurs pouvant exposer leurs constatations et leurs essais, ou, tout au moins, les suggestions et les hypothèses pouvant servir de base scientifique pour des études nouvelles. Prière d'écrire, à cet effet, au *Secrétariat de l'Association*, 24, rue Verdi, à Nice.

(A suivre, page d'annonces XXVI).

-- PRODUITS --  
BIOLOGIQUES

CARRION

54, Faubourg Saint-Honoré, PARIS-8<sup>e</sup>

-- ANJOU 36-45 (2 lignes)

**ANTASTHÈNE**

Glycérophosphates  $\alpha$  et  $\beta$  — Extraits opothérapiques

Ampoules — **ASTHÉNIES** — Comprimés



# CHATEAU DE PREVILLE

Tél. 52 ORTHEZ (Basses-Pyrénées)



●  
**Dr Marcel DHERS**

◆  
*Climat toni-sédatif*

MAISON  
de Traitements  
de Repos ~~~~~  
de Régimes ~~~~~

~~~~~  
Affections nerveuses  
Intoxications  
Convalescences  
●



Installation luxueuse et plaisante sur les bords du Gave au milieu  
-- d'un parc de douze hectares à proximité de Pau et Biarritz --  
Rayons X — Electrothérapie — Hydrothérapie — Psychothérapie

## MAISON DE SANTÉ D'ÉPINAY-SUR-SEINE

(Fondée par le Dr Tarrius)

**6, Avenue de la République, EPINAY-sur-SEINE**

Téléphone : 68 St-Denis



Maladies mentales et nerveuses des deux sexes  
Désintoxications - Cures de repos - Hydrothérapie - Electrothérapie  
Rayons ultra-violets

### PAVILLONS SÉPARÉS ET VILLAS PARTICULIÈRES

très confortables au milieu d'un parc de 15 hectares

**CHAUFFAGE CENTRAL -- ÉLECTRICITÉ -- CHAPELLE**

*L'établissement est largement ouvert à tous les Médecins  
qui peuvent continuer d'y traiter leurs malades*

Moyens de communication : Tramway n° 54, Place de la Trinité-Enghien (s'arrête devant l'Etablissement). — Chemin de fer gare du Nord, trajet en 10 minutes. — Automobiles, route d'Enghien; 7 kilomètres de Paris.

**VOYAGE MEDICAL AU PLUS GRAND MAROC**  
**PAR LE RIFF, LE GRAND-ATLAS ET LE SOUSS**  
**(PAQUES 1936)**

---

Un voyage réservé aux médecins et aux personnes spécialement recommandées par eux sera organisé à Pâques, au Maroc. De programme inédit, il aura ceci de particulier, qu'outre les endroits classiques, il visitera des régions, nouvellement ouvertes à la colonisation, du Riff, du Grand Atlas et du Souss. Itinéraire : Tanger, Tétouan (Maroc espagnol), Ouezzan, route du Riff, Fès, Moulay-Idriss, Volubilis, Rabat, Marrakech, traversée complète du Grand Atlas par le col de Tizni-Test, Taroudant (chef-lieu du Souss), Agadir, Mogador, Safi, Mazagan, Azemmour, Casablanca.

(A suivre, page d'annonces XXVIII).

**TRAITEMENTS AURIQUES**

**Tuberculose D. P. Rhumatisme**

(Voie intramusculaire)

**Oléochryesine Lumière**

*Suspension huileuse d'auro-thiopropanol sulfonate de calcium*

**Allochryesine Lumière**

*Sel organique d'or*

**DÉSENSIBILISATIONS omnivalentes NON SPÉCIFIQUES**

*Anaphylaxie, Manie, Mélancolie*

**EMGÉ LUMIÈRE**

(Thiosulfate magnésien)

} ab ore  
voie veineuse  
voie musculaire

Le meilleur des Borico-alcalins :

**BOROSODINE LUMIÈRE**

*Littérature et Echantillons :*

**LABORATOIRES LUMIÈRE, 45, Rue Villon, LYON**

# Etablissement Médical de MEYZIEU (Isère) Près LYON

Fondé en 1881 par le Docteur Ant. COURJON

## Direction médicale

Dr Rémi COURJON, Médecin des Asiles, Ancien Chef de Clinique Neuro-Psychiatrique à la Faculté de Lyon, Expert près la Cour d'Appel de Lyon.  
Dr Jean THÉVENON, Ex-interne des Hôpitaux de Lyon, Ancien Chef de Clinique Neuro-Psychiatrique à la Faculté de Lyon.

Un médecin-adjoint

## MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

NÉVROSES, PSYCHOSES, INTOXICATIONS  
CURE DE RÉGIME, SEVRAGE, ISOLEMENT

*Pour tous renseignements : s'adresser au Directeur à Meyzieu, tél. n° 5, ou à Lyon, Cabinet du Dr Rémi Courjon, 4, rue Président Carnot, les mardi et jeudi de 15 à 17 h. Tél. Franklin 07-28.*

## CENTRE MÉDICO-PÉDAGOGIQUE DE PAU

◆ ◆ ◆ ◆ ◆ FONDÉ EN 1930 ◆ ◆ ◆ ◆ ◆

aux portes de la Ville, sur la hauteur, au milieu d'un grand parc clos avec tout confort moderne. CLIMAT TONI-SÉDATIF RÉPUTÉ

Directeur Médical : **Docteur MONESTIER**, Médecin honoraire des Asiles  
Directeur administratif : **E. COCONAS**, Professeur spécialisé diplômé

**GARÇONS** nerveux, instables, hyperémotifs, angoissés, grognons, obstinés, paresseux, négligents, portés à dire des grossièretés, querelleurs, mauvais instincts, insomniaques, tiqueurs. Redressement moral. Retardés scolaires et thyroïdiens. Délicats, anémiés, fatigués, convalescents, malingres, entéritiques, ganglionnaires, etc.



Action pédagogique combinée avec traitement médical. Instruction par petits groupes et classement par catégories distinctes. Orientation professionnelle.

● ● ●

Jardin d'hiver. Jeux. Sports. Gymnastique médicale. Hydrothérapie complète.

**SECTION ENTRAÎNEMENT MÉDICO-PROFESSIONNELLE AVEC ATELIERS**  
Section spéciale pour enfants pouvant fréquenter les Cours du Lycée ou Collège

● **PRIX** : Depuis 450 fr. par mois. Chambres particulières ●  
**Contagieux, grands arriérés, grands nerveux et grands agités ne sont pas admis**

**VILLA FORMOSE, 1, Allées de Morlaas -- PAU (B.-P.) Tél. 27-07**

● **NOTICE ILLUSTRÉE SUR DEMANDE ADRESSÉE A M. LE DIRECTEUR** ●

**VOYAGE MEDICAL AU PLUS GRAND MAROC**  
**PAR LE RIFF, LE GRAND-ATLAS ET LE SOUSS**  
**(PAQUES 1936)**

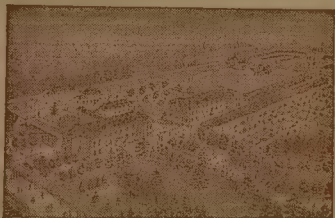
(Suite)

Dans chaque ville du Circuit il a été prévu un guide indigène pour les visites.

Le départ aura lieu de Marseille le 4 avril, le retour dans le même port, le 21 avril. Prix forfaitaire : 3.885 francs français.

S'adresser pour tous renseignements à la Section des voyages de « *Bruxelles-Médical* », 29, boulevard Adolphe-Max à Bruxelles.

*Passeport.* — Les voyageurs se rendant au Maroc français et espagnol doivent être porteurs d'un passeport. Indépendamment du passeport, les mineurs voyageant isolément devront présenter une autorisation de leurs parents.



**VILLA LUNIER**  
**à BLOIS**

**consacrée aux maladies mentales**

Cet établissement, fondé en 1860 par l'éminent **D<sup>r</sup> LUNIER**, sis sur un plateau salubre à la périphérie de la ville, 1.500 mètres de la gare, se trouve au milieu d'un parc magnifique de 11 hectares. Il comporte toutes les commodités modernes : Chauffage central. Eclairage électrique, etc., et les divers moyens de traitements classiques.

Les pensionnaires y sont soignés par des religieuses, par des infirmiers et par des infirmières laïques. Le service médical est confié à un Médecin en chef-Directeur, assisté d'internes.

Le prix de pension varie de 530 fr. par mois à 1.000 fr. selon les classes, le prix des pavillons particuliers oscille entre 2.600 et 3.600 fr. par mois d'après leur importance et les exigences spéciales des familles. —  
**Téléphone : 2-82.**

**Médecin en Chef-Directeur : D<sup>r</sup> OLIVIER**

**Pour RENSEIGNEMENTS, demander le PROSPECTUS DÉTAILLÉ**



# SOMMAIRE DU N° 4 (tome I), AVRIL 1936

## MÉMOIRES ORIGINAUX

|                                                                                                                                         |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| G. PETIT et J. DELMOND. — Le syndrome d'Adie en pathologie mentale. Ses rapports avec les syndromes neuro- et psycho-anémiques .....    | 497 |
| F. MOREL. — Examen audiométrique de malades présentant des hallucinations auditives verbales .....                                      | 520 |
| G. GASSIOT et J. LECLERC. — Ascaridiose et psychopathie .....                                                                           | 534 |
| P. TOMESCO, N. GRUIA IONESCO et P. CONSTANTINESCO. — Recherches sur l'index-tyrosine de polypeptidémie dans les maladies mentales ..... | 548 |
| W.-M. VAN DER SCHEER et W. HEMMES. — Les tendances actuelles de la psychiatrie en Hollande .....                                        | 554 |

## SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du lundi 27 avril 1936

|                                                   |     |
|---------------------------------------------------|-----|
| Adoption du procès-verbal .....                   | 581 |
| Correspondance .....                              | 581 |
| Election d'un membre correspondant national ..... | 582 |
| A. CAIN et A. CEILLIER. — Contribution à          |     |

|                                                                                                                             |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| l'étude des psycho-anémies. Examen psychiatrique de quatre cas d'anémie de Biermer .....                                    | 582 |
| Ph. PAGNIEZ et A. CEILLIER. — Remarques et statistiques sur le service de psychiatrie d'urgence de l'hôpital St-Antoine ... | 589 |

(Suite du sommaire, page II).

# CHATEAU DE L'HAY-LES-ROSES

**DIRECTEUR : D<sup>r</sup> Gaston MAILLARD**  
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris  
Médecin de Bicêtre et de la Salpêtrière

**Médecin-adjoint : D<sup>r</sup> Charles GRIMBERT**

**— MAISON DE SANTÉ MODERNE —**  
**POUR DAMES ET JEUNES FILLES**

**INSTALLATION**  
DE  
premier ordre  
Notice sur demande

**2, rue Dispan**  
**L'HAY-LES-ROSES**  
(SEINE)  
**TÉLÉPHONE : 5**



**AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX**  
**- CURES DE DESINTOXICATION -**  
**- DE REPOS ET DE RÉGIMES -**

|                                                                                                                                             |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| H. CLAUDE et FI. COSTE. — Productions gommeuses survenues chez deux paralytiques généraux impaludés. Tertiariation précoce ou tardive ..... | 607 |
| H. CLAUDE et FI. COSTE. — Paraplégie en fluxion d'origine cérébrale chez un paralytique général traité par les ondes courtes .....          | 611 |
| Mlle CULLERRE et Mme EDEKT. — Délire de gynécopathie interne chez une paralytique générale après malarisation .....                         | 613 |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| J. VÉ. — Réactions psychopathiques ébauchées en rapport avec des difficultés sociales chez des déséquilibrés .....                                                                                                                                                                                        | 618 |
| H. BARUK, CHENEVEAU et ALLIEZ. — Folie d'opposition chez un ancien catatonique traumatisé cranien et tabétique. Contribution à l'étude des attitudes d'opposition pseudo-volontaires par dissociation psychique et psycho-motrice. Leurs mécanismes psychophysologiques. Indications thérapeutiques ..... | 627 |

## SOCIÉTÉS

### Société de Neurologie de Paris

*Séance du jeudi 2 avril 1936*

|                                                                                                                                                                                                                           |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| J. LHERMITTE, BILON et NEMOURS-AUGUSTE. — Forme acroparesthésique de la syringomyélie. ....                                                                                                                               | 640 |
| BARUK et POMMEAU-DELILLE. — Epilepsie extrapyramidale avec crises pseudo-émotives et polyurie paroxystique. Diagnostic avec les crises psycho-motrices hystériques .....                                                  | 640 |
| CL. VINCENT, L. LANGERON, J. DEREUX et L. LE-MAITRE. — Maladie osseuse de Paget. Installation progressive de signes de compression médullaire grave. Décompression opératoire avec restauration de l'état antérieur ..... | 641 |
| E. SORREL et Mme SORREL-DÉJÉRINE. — Paraplé-                                                                                                                                                                              |     |

|                                                                                                                                                                          |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| gie pattique. Laminectomie. Ponction d'un abcès intra-rachidien. Aucune modification de l'évolution clinique. Guérison ultérieure dans les délais normaux .....          | 641 |
| J. DEREUX et J. TITECA. — Syndrome constitué par l'association de polynévrite, de néphrite et de crampes .....                                                           | 641 |
| Th. ALAJOUANINE, Th. HORNET et R. ANDRÉ. — Le feutrage arachnoïdien postérieur dans la maladie de Friedreich et l'hérédo-ataxie cérébelleuse .....                       | 641 |
| MONIER-VINARD et WEIL. — A propos d'un cas de cysticercose cérébrale .....                                                                                               | 641 |
| Th. ALAJOUANINE, Th. HORNET et R. THUREL. — L'état pénétré de l'écorce. Contribution à l'étude des troubles circulatoires localisés aux diverses couches du cortex ..... | 641 |

*(Suite du sommaire, page IV).*

## MAISON DE SANTÉ DE BELLEVUE (S.-et-O.)

8, Avenue du 11 Novembre    :-    Observatoire 10-62

MÉDECIN-DIRECTEUR : D<sup>r</sup> BUSSARD  
MÉDECIN ASSISTANT : D<sup>r</sup> Paul CARRETTE

✦  
Maladies  
du  
Système  
nerveux  
et de la  
Nutrition  
✦



Psycho-  
névroses  
✦  
Intoxica-  
tions  
✦  
Convales-  
cences

Cet établissement, situé sur le coteau de Bellevue, à proximité du bois de Meudon, est composé de plusieurs pavillons dans un parc. Il offre tout le confort moderne, éclairage électrique, eau courante chaude et froide dans les chambres, chauffage central.

# CHATEAU DE SURESNES

Téléphone : SURESNES 2.88

Maison  
de Santé  
de Repos  
de Régimes



FONDÉE PAR

M. le Dr MAGNAN

Membre de  
l'Académie de Médecine



Le Château

La Maison de Santé du Château de Suresnes est située à la Porte de Paris (sortie du Bois de Boulogne), dans un grand parc.

Remise à neuf et embellie depuis la guerre, la maison reçoit, dans des parties distinctes (château et pavillons dispersés dans la verdure du parc), des convalescents, neurasthéniques, nerveux, intoxiqués ou psychopathes.

Château et pavillons réunissent toutes les conditions les meilleures d'hygiène et de bien-être (chauffage central, eau chaude, électricité, eau de source), etc.

Les personnes qui y séjournent peuvent y disposer à leur gré d'une chambre meublée avec luxe, d'un cabinet de toilette, d'un salon, d'une salle de bains, etc.

Les Médecins de la Maison de Santé et leurs familles prennent leurs repas avec les pensionnaires qui désirent fréquenter la salle à manger.

La Maison est largement ouverte à Messieurs les Médecins, qui peuvent ainsi continuer à suivre leurs malades.

## HYDROTHERAPIE - ÉLECTROTHERAPIE

MÉDECINS DIRECTEURS :

Dr FILLASSIER O. \*  Dr DURAND-SALADIN

NOTICE SUR DEMANDE

Communications : Tramway du Val d'Or à la Porte Maillot

- HALBRON, LEVIGNE et KLOTZ. — Neuromyéélite optique autonome ..... 642
- G. GUILLAIN. — Sur un cas de radiculo-névrite avec hyperalbuminose du liquide céphalo-rachidien sans réaction cellulaire. Guérison complète, mais persistance de l'abolition des réflexes tendineux ; ses conséquences pour les diagnostics d'avenir ..... 642
- H. ROXO. — Méthodes spéciales de traitement de certaines maladies nerveuses et mentales ..... 642

### Société de Médecine Légale de France

Séance du lundi 20 avril 1936

- E. GELMA. — Nouveau cas de délinquance répétée et identiquement renouvelée ..... 643

### Société française de Psychologie

Séance du jeudi 26 mars 1936

- H. CLAUDE et D. LAGACHE. — Les relations de la jalousie et de l'érotomanie ..... 643

Séance du jeudi 28 avril 1936

- VURPAS et FABRE. — Récidive d'hallucinations après une hémorragie. Conservation de la conscience ..... 644

### Société de Médecine Mentale de Belgique

Séance du samedi 28 mars 1936

- HEERNU et BAUDOUX. — Psychoses et cécité... 646
- VERMEYLEN et HEERNU. — Vitamines C et troubles mentaux ..... 646
- ALEXANDER et J. TITECA. — Epilepsie post-malariathérapique ..... 646

### Groupement Belge d'Etudes Oto-Neuro-Ophtalmologiques et Neuro-Chirurgicales

Séance du samedi 28 mars 1936

- HELSMOORTEL et L. VAN BOGAERT. — Nouvelle observation de myoclonies vélo-palato-linguales et des globes oculaires ..... 647
- E. DE SAVITSCH. — Etude anatomique d'un cas de myoclonies vélo-palato-linguales et des globes oculaires ..... 647
- G. HICQUET. — La durée de la perception osseuse dans l'audition ..... 647
- H. COPPEZ. — Un cas d'hypotonie traumatique de l'artère centrale de la rétine ..... 648
- P. MARTIN. — Les affections chirurgicales parahypophysaires à symptomatologie clinique uniquement ophtalmologique ..... 648

(Suite du sommaire page VI).

# MAISON DE SANTÉ

:- D'IVRY-SUR-SEINE :-

23, Rue de la Mairie à IVRY

Téléphone : Gob. 01.67

## MALADIES MENTALES & NERVEUSES

**NOMBREUX PAVILLONS**  
**DANS UN PARC DE 12 HECTARES**

**Médecin-Directeur : Docteur A. DELMAS**

*Ancien chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris*

**Médecin-adjoint : Docteur P. DELMAS**

# VILLA DES PAGES

LE VÉSINET (S.-et-O.)

40, Avenue Horace Vernet

TRAITEMENT DES AFFECTIONS NERVEUSES  
ET DES MALADIES DE LA NUTRITION

REPOS, CONVALESCENCES, RÉGIMES

*Cures de désintoxication*

Psychothérapie, Rééducation, Physiothérapie



*12 chalets pourvus du confort moderne  
disséminés dans un parc de 5 hectares.*

*Chambres ou appartements à plusieurs pièces*

La clinique est entièrement ouverte aux Médecins  
qui peuvent ainsi conserver la direction de leurs malades

Médecins directeurs : Docteurs LEULIER, MIGNON, CASALIS

Médecin assistant : Docteur LECLERCQ

Téléphone : LE VESINET 12



## ANALYSES

### LIVRES, THÈSES, BROCHURES

#### Psychologie.

- W. MALGAUD. — De l'action à la pensée..... 649  
E. LUBAC. — Le cycle de l'Inconscient ..... 650

### JOURNAUX ET REVUES

#### Psychiatrie.

- H. CLAUDE. — Psychopathologie collective.. 651  
J. LÉVY-VALENSI. — L'actualité et les psychoses ..... 651  
R.-F.-G. MÜLLER. — Psychiatrie hindoue ancienne ..... 651  
P. RUBENOVITCH. — La notion d'évolution et les rapports de la mentalité primitive avec la psychopathologie ..... 652  
MONTASSUT. — Politiques morbides de la maladie ..... 652  
C.-G. INGVARSSON et S.-J. LINDBERG. — Etudes expérimentales sur la suggestibilité dans les troubles mentaux ..... 652  
F. GORRITI. — Versification psychopathique. 652  
LUISSE LEVI. — Délire d'imagination et mythomanie ..... 653  
QUERCY et HÉDOVIN. — Remarques sur l'analgésie hystérique ..... 653

- SHAECHTER. — Etude clinique sur la question des phobies ..... 653  
QUERCY et DE BOUCAUD. — Note sur l'illusion des amputés ..... 653  
H. ROXO. — Déséquilibre vago-sympathique dans les maladies mentales ..... 654  
Nic. M. ARCALIDES. — Sur quelques cas de psychoses de la dengue. Contribution à l'étude clinique des psychoses infectieuses ..... 654  
J.-J. ROSENBLUM et B.-S. GUESSELSON. — Certaines particularités des débuts aigus dans la schizophrénie ..... 654  
GUNNAR LINDQUIST. — Syndrome schizophrénique exogène ..... 655  
K. LEONHARD. — Schizophrénies exogènes et composantes « symptomatiques » des schizophrénies idiopathiques ..... 655  
J. DRETHER. — Sur l'influence des processus focaux du cerveau sur le tableau de la schizophrénie ..... 656  
T. LINDNER. — La question de l'étiologie et de la pathogénie de la schizophrénie ..... 656  
C. VENTRA. — La constitution morphologique des schizophrènes en rapport avec les manifestations psycho-pathologiques et avec leur étiopathogénèse ..... 656  
H. POLL. — Les différences sexuelles dactylographiques chez les schizophrènes ..... 657  
B.-D. FRIEDMANN. — De l'influence du processus

(Suite du sommaire page VIII).

# CHATEAU DES COUDRAIES

Ancienne Institution d'Eaubonne (fondée en 1847)

Magnifique Parc de 5 hectares, adossé à la forêt de Sénart. Très belle vue sur la vallée de la Seine. Très grand confort. Eau courante, chaude et froide, dans toutes les chambres, électricité, chauffage central, installation hydrothérapique complète, Rayons U. V. Jardinage. Horticulture. Potagers de 20.000 m<sup>2</sup>. Tennis.



PRIX DE PENSION A PARTIR DE 750 FR. PAR MOIS

## ÉTIOLLES (S.-&-O.)

### ENFANTS ET JEUNES GENS ARRIÉRÉS

Education et Traitement  
des déficients intellectuels  
à tous les degrés

#### DIRECTEURS

D<sup>rs</sup> M. et J. de CHABERT

de 2 à 5 heures  
sauf jeudis et dimanches  
25 km. de PARIS

gare Evry-Petit-Bourg (P.-L.-M.)

Arrêt des autocars Citroën  
27 - 28 - 29 : Dép. de Paris,

pl. Denfert-Rochereau  
Tél. Corbeil 226

# SAINT-REMY

## CLINIQUE MÉDICALE

46, Boul. Carnot    Tél. Régional 755 et 850

**LE VÉSINET (S.-et-O.).**



-- -- TRAITEMENT -- --  
des affections du Système nerveux, des  
intoxications et des maladies de la nutrition

Repos — Convalescences — Régimes  
Electrothérapie — — Hydrothérapie

Dans banlieue agréable, paisible et saine.  
Très belle installation modèle, 6 pavillons séparés  
- - dans un parc fleuri de 2 hectares - -

Chambres gaies, meublées avec goût, très confortables,  
cabinets de toilette avec S. B. et W. C. privés.  
Galeries ensoleillées. Terrain et salons de jeux.  
- - Excellente cuisine bourgeoise et de régimes - -

**NI MALADES CONTAGIEUX OU BRUYANTS**

-- -- MÉDECIN-DIRECTEUR -- --

-- **D<sup>r</sup> P. ALLAMAGNY** --

avec la collaboration du D<sup>r</sup> VIGNAUD,  
ex-Directeur de la Maison de Santé de Vanves

-- -- et d'un médecin assistant -- --

|                                                                                                                                             |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| sur le caractère dans la schizophrénie à évolution bénigne .....                                                                            | 657 |
| G. PISK. — Contribution au problème des pseudo-hallucinations dans la schizophrénie et de leurs rapports avec la constitution éidétique ... | 658 |
| H. KATZENFUSS. — Contribution au problème de la schizophrénie greffée .....                                                                 | 658 |
| I. SOMOGYI et L.-V. ANGVAL. — De l'apparition de tableaux cliniques schizophréniques dans la paralysie générale et leur importance .....    | 659 |
| WEISSELD. — Les paralytiques généraux avant et après le traitement malarique .....                                                          | 659 |
| A. SÉZARY et H. GALLOT. — La paralysie générale des tabétiques .....                                                                        | 659 |
| W. STERLING. — Les troubles psychiques dans les tumeurs cérébrales .....                                                                    | 660 |
| J. ROTHFELD. — Sur la valeur localisatrice et sur la pathogénie des troubles psychiques au cours des tumeurs cérébrales .....               | 660 |
| J. NELKEN. — Les perturbations psychiques chez les blessés du crâne .....                                                                   | 660 |
| J. HANDELSMAN et J. NELKEN. — De l'amnésie, suite de blessure du crâne par arme à feu .....                                                 | 661 |
| GUREWITSCH. — Nouvelle contribution à l'étude du syndrome interpariétal dans les maladies mentales .....                                    | 661 |

## Psychanalyse.

|                                                                              |     |
|------------------------------------------------------------------------------|-----|
| W. BISCHLER. — Génétique et psychanalyse .....                               | 662 |
| A. HESNARD. — Ce que la clinique française a retenu de la psychanalyse ..... | 662 |
| R. FRANQUET. — Nos rêves et leurs qualités .....                             | 662 |

## Neurologie.

|                                                                                                                                                                       |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| J. LHERMITTE. — Manifestations encéphaliques des embolies gazeuses .....                                                                                              | 663 |
| L. VAN BOGAERT. — Les dysplasies neuro-ectodermiques congénitales .....                                                                                               | 663 |
| J. TITECA. — Etude des modifications fonctionnelles du nerf au cours de la dégénérescence wallérienne .....                                                           | 663 |
| F.-Th. MÜNZER. — Le signe de flexion de la tête .....                                                                                                                 | 664 |
| S. VIALARD. — Un réflexe oculo-cardiaque spontané et intempestif .....                                                                                                | 664 |
| J. HAMBURGER. — Le problème des migraines allergiques .....                                                                                                           | 664 |
| P.-C. BUCY. — Troubles vaso-moteurs associés aux paralysies d'origine centrale .....                                                                                  | 664 |
| G. MARINESCO et GRIGORESCO. — Le syndrome de la pointe du rocher .....                                                                                                | 665 |
| G. GUILLAIN et P. MOLLARET. — Le syndrome myoclonique synchrone et rythmé vélo-pharyngolaryngo-oculo-diaphragmatique .....                                            | 665 |
| DARQUIER et SCHMITZ. — Contribution à l'étude des tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux .....                                                                          | 666 |
| G. LOISEL. — Etude clinique de 20 cas d'astrocytomes du vermis chez l'enfant .....                                                                                    | 666 |
| J. PINCZEWSKI et W. STEIN. — Paralysie récidivante des nerfs crâniens dans la maladie de Quincke .....                                                                | 666 |
| W. PUTSCHAR. — De l'angiomasose du système nerveux central et de la rétine (syndrome d'Hippel-Lindau) en tenant compte en particulier des lésions pancréatiques ..... | 667 |

(Suite du sommaire page X).

# INSTITUT MÉDICO-PÉDAGOGIQUE DE VITRY-SUR-SEINE

**Adresse :** 22, rue Saint-Aubin, Vitry-sur-Seine (Seine). **Téléphone :** *Italie* 06-96. Renseignements à l'Etablissement ou 164, faubourg St-Honoré (VIII<sup>e</sup>), chez le D<sup>r</sup> Paul-Boncour. **Téléphone :** Ellysées 32-36.

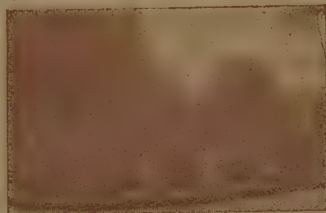
**Affections traitées :** Maison d'éducation et de traitement pour enfants et adolescents des deux sexes : retardés, nerveux, difficiles, etc.

**Disposition :** Pavillons séparés. Parc de 5 hectares.

**Confort :** Eau courante chaude et froide. Chauffage central.

**Traitement :** Hydrothérapie.

**Directeurs :** D<sup>r</sup> Paul-Boncour, O. \* et G. Albouy.



# LES RIVES DE PRANGINS

*PRANGINS près NYON (Suisse)*

## ETABLISSEMENT DE PSYCHOTHÉRAPIE

CONFORT MODERNE

||| |||  
Chambres seules ou appartements de une ou plusieurs pièces  
-- -- Magnifique situation au bord du Léman -- --  
-- A 22 km. de Genève sur la route de Lausanne -- --  
Six villas disséminées dans un grand parc de 45 hectares ||| |||



## TRAITEMENT DES AFFECTIONS NERVEUSES

ANALYSES PSYCHOLOGIQUES - CURES DE REPOS - RÉGIMES  
SUGGESTION - RÉÉDUCATION - PHYSIOTHÉRAPIE

Traitement organothérapique avec contrôle biologique (Cures d'insuline, pyrothérapie, malariathérapie) — Laboratoire d'analyses — Rayons X

||| |||  
-- -- Divers ateliers très bien installés -- --  
Etudes et leçons particulières dans l'établissement  
-- -- Sports d'été et sports d'hiver -- --  
-- Trois tennis — Bains du lac — Equitation -- ||| |||

**Cinq médecins** et un nombreux personnel spécialisés assurent le traitement

*Prix de pension variant suivant la nature du traitement  
et le genre de l'installation choisie (à partir de Fr. suisses 25 par jour)*

DEMANDEZ PROSPECTUS A L'ADMINISTRATION

Adresse télégraphique :  
RIVAPRANGINS NYON

||| |||  
Téléphones { Administration : Nyon 95.442  
Service Médical : Nyon 95.441  
(de préférence entre 11 heures et midi)

Médecins-chefs { D<sup>r</sup> O.-L. FOREL, Privat-Docent à l'Université de Genève ;  
D<sup>r</sup> R. de SAUSSURE, Privat-Docent à l'Université de Genève.

|                                                                                                                                                                              |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Mme H. JOZ. — Anosognosie de cécité dans un cas de cysticercose cérébrale .....                                                                                              | 667 |
| H. SCHAEFFER. — Myasthénie bulbo-spinale et paralysies oculaires périodiques .....                                                                                           | 667 |
| CHOUZON, CHRISTOPHE et Mme BRAUN-VALLON. — Sur les ophtalmoplégies familiales. Un cas d'apparition tardive .....                                                             | 667 |
| L. PUUSEPP. — Observations de méningiomes cérébraux .....                                                                                                                    | 668 |
| M. DAVID et D. MAHOUEAU. — Les méningiomes de la petite aile du sphénoïde. (Considérations anatomo-cliniques) .....                                                          | 668 |
| P. PUECH et D. MAHOUEAU. — Les arachnoïdites opto-chiasmatiques. Leur diagnostic et les indications thérapeutiques .....                                                     | 668 |
| V.-G. LAZAREV et B. LEBOVITCH. — Méningite séreuse évoluant sous forme de tumeur du cerveau .....                                                                            | 669 |
| G.-G. SOKOLANSKI et E.-N. KOVALOV. — Contribution à la clinique et à l'anatomie pathologique des méningites infectieuses .....                                               | 669 |
| B. TASSOVATZ. — La méningite séreuse de la polymyélite et la méningite tuberculeuse. Cyto-diagnostic différentiel .....                                                      | 669 |
| L. PINELLI et P. VENTRE. — Un cas de méningite lymphocytaire .....                                                                                                           | 669 |
| R. SOTO ROMAY. — L'arachnoïdite spinale kystique, cause de compression médullo-radulaire .....                                                                               | 670 |
| G. GUILLAIN, P. MOLLARET et M. AUBRY. — L'étude des fonctions cochléo-vestibulaires dans la maladie de Friedreich et les affections hérédodégénératives du même groupe ..... | 670 |
| A. BORGES FORTES. — Un cas de maladie de Frie-                                                                                                                               |     |

|                                                                                                                          |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| reich avec atrophie musculaire du type Charcot-Marie .....                                                               | 670 |
| V.-M. SLONIMSKAYA et S.-B. BALAPAN. — Maladie de Recklinghausen associée à d'autres dysgénésies du système nerveux ..... | 670 |
| S. GULLOTTA. — L'étiopathogénèse de la sclérose en plaques .....                                                         | 671 |
| S. JUSTMAN. — Le diagnostic précoce de la sclérose en plaques .....                                                      | 671 |
| M.-A.-I. VILKOMIRSKY. — De l'association de la maladie de Basedow à la sclérose en plaques .....                         | 671 |
| J. RAMOS. — Myélose funiculaire. Considérations cliniques à propos de 2 cas .....                                        | 671 |
| C.-F. CARDENAS, F.-J. MENENDEZ, E. SOTO PRADERA, S. ORRET et A.-M. ABUIL. — Polynévrite tuberculeuse .....               | 672 |
| J. HAGUENAU. — Les névralgies du trijumeau .....                                                                         | 672 |
| D. PETIT-DUTAILLIS et P. SCHMITTE. — Névralgie du glosso-pharyngien et son traitement... ..                              | 672 |

## Anatomie.

|                                                                                                                               |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| L. MARCHAND. — Dégénérescence amyloïde de la cellule nerveuse : les corpuscules sphériques amyloïdes (huile microphot) .....  | 673 |
| V. BERTOLA. — Nouveau procédé de topographie cranio-encéphalique .....                                                        | 673 |
| R. NOËL et B. POMMÉ. — Zone de jonction myoneurale ou plaque motrice à l'état normal et dans quelques cas pathologiques ..... | 673 |
| C. UNGAR. — Sur le mode de terminaison des nerfs sympathiques. Données expérimentales .....                                   | 674 |

(Suite du sommaire, page XII).

# Ecole du Docteur Henriette Hoffer

ETABLISSEMENT PSYCHO-MÉDICO-PÉDAGOGIQUE  
POUR ENFANTS INAPTES A SUIVRE LES CLASSES NORMALES

(ENFANTS RETARDÉS, DÉLICATS, SOURDS, PARLANT MAL)

Fondatrices : D<sup>r</sup> H. HOFFER et Madame Anne-Marie BUSSEAU



« MONTCLAIR »

1, Grande Rue, BELLEVUE-MEUDON (Seine-&-Oise) - Téléph. : Observatoire 17-45



# DIVONNE-LES-BAINS

OUVERT  
TOUTE  
L'ANNÉE

Altitude 519 m. (Genève 16 km.) — AIN

LA GRANDE STATION FRANÇAISE DE REPOS

-- -- dans un parc de 100 hectares -- --

-- Indication spéciale de cure pour les --  
troubles fonctionnels du SYSTÈME NERVEUX  
ET DES MALADIES DE LA NUTRITION  
— qui s'y rattachent —

## Etablissement hydrothérapique dans le parc.

Hydrothérapie. Psychothérapie. Cures d'air, de repos,  
d'exercices et de régimes. Massothérapie. Electrothé-  
rapie. Radiologie

## Les Hôtels dans le Parc.

Hôtel du Golf. Première réalisation hôtelière de la sup-  
pression des bruits. Hôtel Chicago. Le Grand Hôtel.

Maison de Régime, sous la direction d'un médecin  
spécialisé, secondé d'un personnel compétent. Cuisine  
de diététique. Laboratoire d'analyses et de recher-  
ches biologiques.

## Distractions.

Théâtre. Concerts. Cinéma. Parc pour enfants

## Tous les sports.

Golf 18 trous. Tennis. Promenades. Canotage (5 km. du  
lac). Pêche à la truite

Directeur Général : TARTAKOWSKY

- C. UNGAR. — Sur les rapports des appareils périphériques vaso-dilatateurs avec les terminaisons nerveuses sensitives d'après la conception de la transmission humorale et histaminique ..... 674
- R. ORLANDO. — Physiopathologie et syndromes anatomo-cliniques du lobe pariétal .... 674
- G. ROUSSY et M. MOSINGER. — L'hypothalamus chez l'homme et chez le chien ..... 675
- A. CACCHIONE. — Les altérations des noyaux de la base et de l'hypothalamus dans l'alcoolisme ..... 675
- G.-E. JAYLE. — Note sur les faits anatomo-cliniques concernant les centres cortico-oculogènes ..... 675
- J. DELARUE, L.-Justin BESANÇON et P. BARDIN. — Contribution à l'étude anatomo- et physiopathologique des infarctus du poulmon d'origine embolique. Le rôle du système nerveux vasomoteur ..... 676
- G. HERNER. — Un cas de paraplégie obstétricale avec myélomalacie ..... 676
- E. RUSTISHAUSER. — Contribution à la pathologie de la dure-mère spinale (Hématome et pachy-méningite interne spinaux) ..... 676
- G. MARINESCO et M. GOLDSTEIN. — Quelques considérations sur les éléments constitutifs d'un adéno-épithéliome métastatique de la dure-mère. Rôle de la microglie ..... 677
- K. LEWKOWICZ. — Toutes les méningites : générales, idiopathiques — partant les méningites épidémiques, purulentes simples et tuberculeuses — sont plexogènes ..... 677
- M.-B. UBALDO. — Les plexus choroïdes dans la paralysie générale ..... 677
- C. PANARA. — A propos de la distribution des pigments neuroferritiques dans l'encéphale des paralytiques généraux ..... 678
- GUREVTSCH. — Les particularités anatomo-pathologiques de la paralysie générale étudiées en tenant compte des formes cliniques et de l'impaludation ..... 678
- E. BECKER. — Contribution clinique et anatomique à l'étude de la maladie de Pick. 678
- S. MESSING. — Anatomie pathologique du parkinsonisme post-encéphalitique ..... 679

## Biologie.

- J. MAZURKIEWICZ. — Le sommeil et la veille au cours du cycle vital de l'homme ..... 679
- L. RICCIATELLI. — Nouvelles recherches expérimentales sur les centres encéphaliques de régulation des fonctions végétatives .... 680
- RUBINSZTEIN. — Influence du système vestibulaire sur la pression artérielle ..... 680
- H. BURKHAUSER. — Recherches sur le métabolisme chez l'homme avant et pendant la morphinisation ..... 680
- F. HOFFE. — Des modifications de l'état affectif en cas de déviation de l'équilibre acido-basique ..... 681
- G. CIAFALONI. — Recherches sur la réaction de Donaggio en psychiatrie ..... 681
- CIAMPI et BRUNO. — La réaction de Donaggio dans les urines ..... 681
- G. BRAVETTA. — Polyglobulie et psychonévroses hystériques ..... 682

(Suite du sommaire, page XIV).

# CLINIQUE « LA MÉTAIRIE »

-- -- NYON (Vaud) -- SUISSE -- Tél. Nyon 95.626 -- --



TRAITEMENT DES MALADIES  
NERVEUSES. TOUTES DÉSINTOXI-  
CATIONS. CONVALESCENCES ET RÉ-  
GIMES. CURES DE REPOS ET D'ISO-  
LEMENT. SÉJOURS D'OBSERVATION

## EXAMENS ET EXPERTISES NEUROLOGIQUES ET PSYCHOLOGIQUES DANS INSTITUT SPÉCIALISÉ

-- -- Consultations tous les jours. -- --  
D<sup>r</sup> GUILLEREY, Médecin Directeur  
(Consultations à Lausanne, Grand-Chêne, 2, lundi  
et jeudi sur rendez-vous. Tél. : Lausanne 32.434).  
D<sup>r</sup> Duby, D<sup>r</sup> Calame. Médecin consultant :  
Professeur d'Université D<sup>r</sup> O. Lœwenstein.

# MAISON DE SANTÉ

161, rue de Charonne -- PARIS-XI<sup>e</sup>

Téléphone : ROQUETTE 05-05

Traitement des maladies mentales et nerveuses des deux sexes

Grand parc de 2 hectares en plein Paris

Pavillons et jardins séparés

Directeur : le D<sup>r</sup> CL. VURPAS

*Médecin de La Salpêtrière*

Les familles sont reçues tous les jours de 2 heures à 5 heures

## VILLA PENTHIÈVRE

*Maison de Santé et de Convalescence*

SCEAUX (Seine) Tél. 12

**PSYCHOSES — NÉVROSES**



MÉDECIN-DIRECTEUR : D<sup>r</sup> BONHOMME, Ancien Interne des Asiles de la Seine

MÉDECINS ASSISTANTS : D<sup>r</sup> CODET, Ancien Chef de Clinique de la Faculté

|                                                                                                                     |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| T.-J. HENNELY et E.-D. YATES. — Le brome sanguin dans les psychoses .....                                           | 682 |
| G. ARAGONA. — Les variations du brome sanguin pendant la crise oculogyre du parkinsonisme post-encéphalitique ..... | 682 |
| G. CURTI. — L'augmentation du brome sanguin en rapport avec les crises d'épilepsie ..                               | 682 |
| A. NERI. — Le métabolisme de l'eau dans l'épilepsie .....                                                           | 682 |
| A. ANSURI. — La méthode de Hartung pour la recherche du bacille de la tuberculose dans les maladies mentales .....  | 683 |
| A. CAMPANA. — A propos de la valeur des variations du tryptophane dans le sérum sanguin des malades mentaux .....   | 683 |
| F. PLAUT et H. RUDY. — Les relations entre la cholestérinémie et la cholestérinorachie. ....                        | 683 |
| F. PLAUT et H. RUDY. — Considérations sur le taux de cholestérine du liquide céphalo-rachidien .....                | 683 |
| H. BERTHA. — Des cellules cancéreuses dans le                                                                       |     |

|                                                                               |     |
|-------------------------------------------------------------------------------|-----|
| liquide céphalo-rachidien .....                                               | 684 |
| E. MISEROCCHI. — Recherches électro-myographiques dans le parkinsonisme ..... | 684 |

### Thérapeutique.

|                                                                                                                                                             |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| L. BARANOWSKY, J. BORYSOWICZ, MARZYNSKI, A. OSSENDOWSKI, J. PARADOWSKI et S. T. WITEK. — Une méthode de traitement de la schizophrénie par l'insuline ..... | 685 |
| H. STRECKER. — Le traitement de la schizophrénie par l'insuline .....                                                                                       | 685 |
| W. EDERLE. — Le traitement de la schizophrénie par le choc hypoglycémique .....                                                                             | 685 |
| H.-C. BEGGIE. — Action de certains médicaments dans la schizophrénie .....                                                                                  | 686 |
| A. LASSZEA. — Thérapeutique aspécifique complète dans les cas de confusion mentale et de démence précoce .....                                              | 686 |
| L. GORMAN et P. HORVENO. — Le traitement des troubles mentaux de l'alcoolisme par la strychnine .....                                                       | 686 |

### VARIÉTÉS

|                                |     |
|--------------------------------|-----|
| Société Médico-Psychologique : |     |
| Séances .....                  | 687 |
| Légion d'honneur .....         | 687 |
| Asiles publics d'aliénés :     |     |

|                                  |     |
|----------------------------------|-----|
| Nominations .....                | 688 |
| Postes vacants .....             | 688 |
| Hygiène et Prophylaxie :         |     |
| La stérilisation en Suisse ..... | 688 |

### INFORMATIONS

|                                                                                               |       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| XV <sup>e</sup> Réunion Neurologique Internationale annuelle (Paris, 26 et 27 mai 1936) ..... | XVIII |
| Société Suisse de Psychiatrie. Assemblée de prin-                                             |       |

|                                                                      |      |
|----------------------------------------------------------------------|------|
| temps 1936 à Genève, samedi 2 et dimanche 3 mai .....                | XXII |
| IX <sup>e</sup> Congrès des Sociétés d'oto-neuro-ophtalmologie ..... | XXVI |

# CLINIQUE BELLEVUE

Le Landeron, près Neuchâtel (Suisse)

Etablissement  
neuro-psychiatrique

Installations moder-  
nes et confortables



CURES  
de désintoxication,  
de repos  
et d'isolement.  
Psychothérapie.

Vastes parcs ombragés. Vie de famille.

Prospectus — Prix très modérés

Directeur : D<sup>r</sup> H. BERSOT

# LABORATOIRES AMIDO

A. BEAUGONIN, Pharmacien

4, Place des Vosges, 4

— PARIS, 4<sup>e</sup> Arr<sup>t</sup>

## AMIDAL

Poudre — Comprimés — Cachets — Dragées

Deux à quatre cuillérées à café,  
ou quatre à huit comprimés, dragées  
ou cachets par jour

Entérites aiguës et chroniques.  
Entéro colites. Dysenterie.  
Toutes les Diarrhées.  
La constipation spasmodique.

## VITAMYL IRRADIÉ

Extrait concentré de vitamines A, B, et C.

Ergostérol irradié  
Une cuillérée à café  
avant chacun des trois repas.

Carences et Pré-carences.  
Rachitisme.  
Déminalisation.  
Troubles de la Croissance

## GÉNÉSÉRINE

OLONOVSKI et NITZBERG

Deux à trois granules ou dragées ou 20 à 30  
gouttes à chacun des trois repas ou une ampoule  
injectable chaque jour pendant 10 jours.

Hypo-acidité gastrique.  
Syndrome solaire.  
Dyspepsie atonique.  
Palpitations et Tachycardie  
des cœurs nerveux.

## GÉNATROPINE

OLONOVSKI et NITZBERG

2 granules, ou 20 gouttes, 2 à 3 fois par jour,  
entre les repas de préférence.  
1 ampoule injectable par jour.

Hyperchlorydrie.  
Spasmes digestifs — Vomissements.  
Coliques — Diarrhées.

## GÉNOSCOPOLAMINE

OLONOVSKI et NITZBERG

4 à 8 granules, ou 40 à 80 gouttes par jour,  
en 2 ou 3 prises, 1 ampoule par jour.

Maladie de Parkinson.  
Syndromes post-encéphalitiques.  
Anesthésie chirurgicale ou obstétricale.

## GÉNHYOSCYAMINE

OLONOVSKI et NITZBERG

2 granules, ou 20 gouttes, 2 à 3 fois par jour  
entre les repas de préférence.  
1 ampoule par jour.

Spasmes digestifs.  
Tremblements.  
Syndromes parkinsoniens.  
Sueurs des tuberculeux.

## GÉNOSTRYCHININE

OLONOVSKI et NITZBERG

ou

Ampoules — Goutte — Granules

## GÉNOSTHÉNIQUES

Cacodylate de Génostrychnine et de Gènesérine.

2 granules, ou 20 gouttes à chacun des trois repas.  
1 ampoule injectable chaque jour.

Asthénie.  
Neurasthénie — Surmenage.  
Anémie — Convalescence.  
Paralysies atoniques.

## GENOMORPHINE

OLONOVSKI et NITZBERG

En comprimés dosés à 2 Ctrgs (2 à 3 fois  
par jour) ou en ampoules injectables  
dosées à 4 Ctrgs.

La Douleur.  
L'Anxiété — l'Agitation.  
Les Dyspnées spasmodiques.  
La Démorphinisation.

ÉCHANTILLONS MÉDICAUX SUR DEMANDE



EFFETS IMMÉDIATS DE LA MÉDICATION GARDÉNALIQUE, INSTITUÉE PAR VOIE  
HYPODERMIQUE ET RÉSERVÉE A TOUS LES CAS NE PERMETTANT PAS LA VOIE BUCCALE

EXCITATION PSYCHOMOTRICE

DÉLIRES AIGUS,  
ÉTHYLIQUES OU TOXIQUES

INSOMNIES DES ALIÉNÉS

# **Gardénal** **injectable** (VOIE SOUS-CUTANÉE)

DÉLIVRÉ EN SOLUTION  
DIRECTEMENT INJECTABLE

AMPOULES DE 1cc. CONTENANT  
0 Gr 20 DE GARDÉNAL DISSOUS  
DANS UN SOLVANT ORGANIQUE  
(BOÎTES DE 5 AMPOULES)

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE  
**SPECIA**

MARQUES POULENC FRÈRES & USINES DU RHONE  
21, RUE JEAN-GOUJON PARIS 18<sup>e</sup>



## CLINIQUE MÉDICALE DE FONTENAY-S.-BOIS

(Seine)

6, Avenue des Marronniers — Tél. : Tremblay 12-87

Médecin-Directeur :

Docteur G. COLLET, Ancien interne des Asiles de la Seine

### TRAITEMENT DES MALADIES NERVEUSES

ISOLEMENT — PSYCHOTHÉRAPIE — RÉGIMES — HYDROTHÉRAPIE  
ÉLECTROTHÉRAPIE

ÉTABLISSEMENT SITUÉ EN BORDURE DU BOIS DE VINCENNES — PARC

PAVILLONS SPÉCIAUX POUR DAMES ET JEUNES FILLES

MAISON de REPOS pour PERSONNES AGÉES et pour CONVALESCENTS

MOYENS DE COMMUNICATIONS FACILES AVEC PARIS

*Chemin de fer de Vincennes, Place de la Bastille, à Paris*

*Autobus n° 122 au Château de Vincennes (Station du Métro).*

## ÉTABLISSEMENT HYDROTHÉRAPIQUE

ET

## MAISON DE CONVALESCENCE

Docteur J.-B. BUVAT et Docteur G. VILLEY-DESMESERETS

*Anciens Internes des Asiles de la Seine*

*Médecins-Directeurs*

### VILLA MONTSOURIS

130, rue de la Glacière

PARIS

Téléphone : Gobel. 05-40

MARDI, VENDREDI

2 à 5

### CHATEAU de l'ABBAYE

VIRY-CHATILLON

(S.-et-O.)

Téléphone : Juvisy 76

PARC : Huit Hectares

TRAITEMENT DES MALADIES  
NERVEUSES ET DES TOXICOMANIES

— « PRIX MODÉRÉS » —

## INFORMATIONS

### XV<sup>e</sup> REUNION NEUROLOGIQUE INTERNATIONALE ANNUELLE

Paris, 26 et 27 mai 1936

La XV<sup>e</sup> Réunion Neurologique Internationale se tiendra à Paris, les mardi 26 et mercredi 27 mai 1936, à la Salpêtrière, 47, boulevard de l'Hôpital (Amphithéâtre de l'Ecole des Infirmières).

Les séances auront lieu le matin de 9 h. à 12 h. et l'après-midi de 15 h. à 18 h.

La question suivante a été mise à l'étude :

#### La circulation cérébrale

*Physiologie : Vasomotricité et nutrition :* MM. VILLARET, Justin BESANÇON, de SÈZE et CACHERA.

M. RISER (de Toulouse) avec la collaboration de MM. BECQ, COUADAN, MÉRIEL, PLANQUES et de Mlles CAMBEFORT et LARITRY.

*Pathologie : Clinique :* MM. ALAJOUANINE et THUREL.

*Radiognostic : Angiographie cérébrale :* M. EGAS MONIZ (de Lisbonne).

\*\*\*

(A suivre, page d'annonces XIX).

## CHATEAU DU BEL-AIR

VILLENEUVE-St-GEORGES, 15 minutes de Paris

65 trains par jour dans chaque sens

Voitures à la gare de Villeneuve-St-Georges : Trajet en 3 minutes

**PARC**  
de 8 hectares  
à  
flanc de coteau  
au midi

**Confort Moderne**

**CHAMBRES**  
avec  
Salles de bains  
privées



Cures de Repos  
Convalescences  
Régimes  
Désintoxications  
Psychothérapie  
Héliothérapie  
Malariathérapie

**MÉDECINS  
SPÉCIALISTES**  
résidant  
au Château

**D<sup>rs</sup> H. MEURIOT & REVAULT D'ALLONNES**

Ancienne Maison de Santé fondée par le Dr Blanche à Passy

Téléphone 244 à Villeneuve-St-Georges

PRIX MODÉRÉS. — NOTICES ILLUSTRÉES SUR DEMANDE

## XV<sup>e</sup> REUNION NEUROLOGIQUE INTERNATIONALE ANNUELLE

Paris, 26 et 27 mai 1936

(Suite)

Pendant la Réunion Neurologique, les adhérents entendront également l'exposé des travaux du FONDS DÉJÉRINE par :

M. LARUELLE (de Bruxelles). — *Sur la structure de la substance grise de la moëlle.*

M. DECHAUME (de Lyon). — *Amyélie expérimentales. Etude anatomo-clinique et du FONDS BABINSKI* par :

M. BARRÉ (de Strasbourg). — *Syndromes pyramidaux frustes.*

MM. DAVID et PUECH. — *Syndrome adiposo-génital.*

### Réglement des Réunions Neurologiques Internationales annuelles

La Société de Neurologie de Paris, dans le but de faciliter les échanges de vues sur les Questions Neurologiques d'actualité, a institué, chaque année, une Réunion Neurologique à laquelle participent, outre ses membres nationaux et étrangers, des personnalités scientifiques directement invitées par la Société.

Ces Réunions Neurologiques ont lieu à Paris. Elles comportent deux jours de travaux avec deux séances par jour.

Les questions présentant un intérêt à la fois scientifique et pratique

(A suivre, page d'annonces XX).

## NEUROBORE PUR

Solution inaltérable de tartrate borico-potassique pur  
1 gr. par cuillerée à café

**SPÉCIFIQUE DES AFFECTIONS NERVEUSES**

*Pas d'Acné — Pas de troubles gastro-intestinaux — Pas de dépression cardiaque*

## NEUROBORE -G- ASSOCIÉ

Tartrate borico-potassique + Phénylethyl-malonylurée + Correctif  
en cachets solubles

**MÉDICATION D'ATTAQUE**

des Affections nerveuses graves, des Insomnies rebelles

## CANTÉINE

**BOUTEILLE**

(Cratægus -- Passiflore -- Hamamélis -- Salix alba)

Erethisme cardiaque - Neurasthénie - Mélancolie - Déprimés

-- Troubles circulatoires et troubles nerveux consécutifs --

Echantillon gratuit sur demande

**Laboratoire E. BOUTEILLE, 23, rue des Moines, PARIS (17<sup>e</sup>)**

## XV<sup>e</sup> REUNION NEUROLOGIQUE INTERNATIONALE ANNUELLE

Paris, 26 et 27 mai 1936

(Suite)

sont mises en discussion à la suite d'un exposé fait par des Rapporteurs désignés à l'avance par la Société.

Le programme de la discussion est adressé à ceux qui annoncent leur participation à la Réunion.

*Les communications portent uniquement sur les questions posées.* La durée de chaque communication ne peut dépasser dix minutes. Il est accordé, pour chaque communication, au plus quatre pages d'impression et une page pour chaque discussion.

Ne sont publiées dans les comptes rendus de la Réunion que les communications ou discussions dont le texte est remis au cours des séances.

Des projections cliniques ou anatomiques, ainsi que des présentations de malades peuvent être faites, après entente préalable avec le Secrétaire général.

✱

*Prière d'adresser les réponses aux invitations et les titres de communications au Secrétaire général : D<sup>r</sup> CROUZON, 70 bis, Avenue d'Iéna, Paris, 16<sup>e</sup>.*

Les Grands Réseaux de Chemins de fer français nous accorderont, cette année encore, la réduction de tarif des Congrès.

(A suivre, page d'annonces XXI).

### **Etablissement Médical de MEYZIEU (Isère) Près LYON**

Fondé en 1881 par le Docteur Ant. COURJON

#### **Direction médicale**

D<sup>r</sup> Rémi COURJON, Médecin des Asiles, Ancien Chef de Clinique Neuro-Psychiatrique à la Faculté de Lyon, Expert près la Cour d'Appel de Lyon.

D<sup>r</sup> Jean THÉVENON, Ex-interne des Hôpitaux de Lyon, Ancien Chef de Clinique Neuro-Psychiatrique à la Faculté de Lyon.

Un médecin-adjoint

### **MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX**

NÉVROSES, PSYCHOSES, INTOXICATIONS  
CURE DE RÉGIME, SEVRAGE, ISOLEMENT

*Pour tous renseignements : s'adresser au Directeur à Meyzieu, tél. n° 5, ou à Lyon, Cabinet du D<sup>r</sup> Rémi Courjon, 4, rue Président Carnot, les mardi et jeudi de 15 à 17 h. Tél. Franklin 07-28.*



**XV<sup>e</sup> REUNION NEUROLOGIQUE  
INTERNATIONALE ANNUELLE**

**Paris, 26 et 27 mai 1936**

(Suite)

Les adhérents qui désirent bénéficier de cette réduction doivent adresser aux Wagons-Lits-Cook, 40, rue de l'Arcade, avant le 10 mai, leurs nom, prénom, qualité, domicile et l'itinéraire suivi du domicile ou du point d'entrée en France à Paris et vice-versa, avec la mention des points indispensables pour jalonner l'itinéraire et, s'il y a lieu, les points d'entrée sur chaque réseau.

Les Réseaux sont disposés à examiner avec bienveillance les demandes de prorogation de validité des bons de réduction pour les adhérents ayant à parcourir de très grandes distances pour assister à la Réunion.

Les bons de réduction seront adressés aux intéressés par les soins des Wagons-Lits-Cook dont les Agences pourront, en outre, s'occuper de toutes questions relatives au séjour à Paris des adhérents à la Réunion.

Une excursion aux environs de Paris sera organisée après la Réunion.

\*\*\*

La Société tiendra sa séance mensuelle le jeudi 28 mai, au siège de l'Académie de Chirurgie, 12, rue de Seine. Cette séance sera consacrée aux communications portant sur les questions diverses.

(A suivre, page d'annonces XXII).

## **TRAITEMENTS AURIQUES**

**Tuberculose D. P. Rhumatisme**

(Voie intramusculaire)

### **Oléochrysine Lumière**

*Suspension huileuse d'auro-thiopropanol sulfonate de calcium*

### **Allochrysine Lumière**

*Sel organique d'or*

## **DÉSENSIBILISATIONS omnivalentes NON SPÉCIFIQUES**

**Anaphylaxie, Manie, Mélancolie**

### **EMGÉ LUMIÈRE** } ab ore voie veineuse voie musculaire

(Thiosulfate magnésien)

Le meilleur des Borico-alcalins :

## **BOROSODINE LUMIÈRE**

*Littérature et Echantillons :*

**LABORATOIRES LUMIÈRE, 45, Rue Villon, LYON**

## SOCIÉTÉ SUISSE DE PSYCHIATRIE

### Assemblée de Printemps 1936

Samedi 2, et dimanche 3 mai 1936, à Genève

#### Programme

PREMIÈRE SÉANCE. SAMEDI 2 MAI A 15 HEURES DANS L'AMPHITHÉÂTRE  
DE LA CLINIQUE CHIRURGICALE (ENTRÉE PAR LE BOULEVARD DE LA CLUSE).

1. Allocution du Président, D<sup>r</sup> H. FLOURNOY, Genève.
2. Nécrologies : D<sup>r</sup> BERTSCHINGER, Breitenau, Schaffhouse, par le  
D<sup>r</sup> KIELHOLZ, Königsfelden (Argovie) ; D<sup>r</sup> BEZZOLA, Celerina (Grisons),  
par le D<sup>r</sup> BRAUN, Zurich.
3. Rapports: a) D<sup>r</sup> A. BROUSSEAU, Paris : *L'automatisme mental  
selon G. de Clérambault* ;  
b) D<sup>r</sup> F. MOREL, Genève : *Etude clinique des syndromes d'auto-  
matisme*.
4. Discussion des rapports. La discussion sera ouverte par M. le  
Prof. LADAME, et le D<sup>r</sup> G. DE MORSIER, chargé de cours, Genève.

(A suivre, page d'annonces XXIII).

**LE CASTEL  
D'ANDORTE**  
- 342, Route du Médoc -  
LE BOUSCAT, près Bordeaux  
- Téléphone : BORDEAUX 836-30 -

**MALADIES MENTALES  
- ET NERVEUSES -**  
Médecin-Directeur :  
Docteur Pierre CHARON

## SOCIÉTÉ SUISSE DE PSYCHIATRIE

### Assemblée de Printemps 1936

(Suite)

5. Communications scientifiques.
6. Banquet officiel à 20 h. 30 à l'Hôtel Métropole.

II<sup>e</sup> SÉANCE. DIMANCHE 3 MAI À 8 HEURES, À L'ASILE CLINIQUE  
PSYCHIATRIQUE, BEL-AIR, CHÈNE

1. 8 h. Séance administrative.

- 1) Communications du Président.
- 2) Rapport de la Commission de psychothérapie (D<sup>r</sup> MORGENTHALER).
- 3) Rapport sur la Bibliothèque suisse de psychiatrie.
- 4) Rapport des autres Commissions.
- 5) Rapport de la Caisse et des Vérificateurs des comptes.
- 6) Admission de nouveaux membres.
- 7) Nomination de deux membres correspondants.
- 8) Propositions individuelles.

(A suivre, page d'annonces XXIV).

## CENTRE MÉDICO-PÉDAGOGIQUE DE PAU

FONDÉ EN 1930

aux portes de la Ville, sur la hauteur, au milieu d'un grand parc clos avec tout confort moderne. CLIMAT TONI-SÉDATIF RÉPUTÉ

Directeur Médical : **Docteur MONESTIER**, Médecin honoraire des Asiles

Directeur administratif : **E. COCONAS**, Professeur spécialisé diplômé

**GARÇONS** nerveux, instables, hyperémotifs, angoissés, grognons, obstinés, paresseux, négligents, portés à dire des grossièretés, querelleurs, mauvais instincts, insomniaques, tiqueurs. Redressement moral. Retardés scolaires et thyroïdiens. Délicats, anémiés, fatigués, convalescents, malingres, entéritiques, ganglionnaires, etc.



Action pédagogique combinée avec traitement médical. Instruction par petits groupes et classement par catégories distinctes. Orientation professionnelle.

• • •

Jardin d'hiver. Jeux. Sports. Gymnastique médicale. Hydrothérapie complète.

### SECTION ENTRAÎNEMENT MÉDICO-PROFESSIONNELLE AVEC ATELIERS

Section spéciale pour enfants pouvant fréquenter les Cours du Lycée ou Collège

● **PRIX** : Depuis 450 fr. par mois. Chambres particulières ●  
Contagieux, grands arriérés, grands nerveux et grands agités ne sont pas admis

**VILLA FORMOSE**, 1, Allées de Morlaas -- PAU (B.-P.) Tél. 27-07

● NOTICE ILLUSTRÉE SUR DEMANDE ADRESSÉE À M. LE DIRECTEUR ●

## SOCIÉTÉ SUISSE DE PSYCHIATRIE

Assemblée de Printemps 1936

(Suite)

2. 9 h. 1/4. Buffet froid offert par l'Asile.
3. 9 h. 3/4. Suite des communications scientifiques et de la discussion.
4. 11 h. Visite de la Clinique psychiatrique.
5. 13 h. Lunch facultatif à l'Hôtel Métropole (Le couvert à 4 fr.).

### COMMUNICATIONS ANNONCÉES

Prof. PFERSDORFF, Strasbourg : « Les automatismes du langage ».

L. REDALIÉ, Genève : « Automatisme mental ou réaction psychique ? »

H. BERSOT, Le Landeron : « Répartition, âge et formes de maladies des malades mentaux soignés en Suisse » (avec projections).

H. SCHMID, Münchenbuchsee et H. BERSOT, Le Landeron : « Les phénomènes moteurs dans le choc insulinaire » (avec film cinématographique).

(A suivre, page d'annonces XXVI).

# NÉVROSTHÉNINE FREYSSINGE

LE

## RECONSTITUANT NERVIN RATIONNEL

dont est justiciable

Tout DÉPRIMÉ  
SURMENÉ

Tout CÉRÉBRAL  
INTELLECTUEL

Tout CONVALESCENT  
NEURASTHÉNIQUE



XV à XX gouttes  
à chaque repas

XX gouttes = 0,40 de  
glycérophosphates  
cérébraux (Na.K.Mg.)

6, rue Abel • PARIS (12<sup>e</sup>)

ni chaux, ni sucre, ni alcool  
aucune contre-indication

III

# CHATEAU DE PREVILLE

Tél. 52 ORTHEZ (Basses-Pyrénées)



●  
**Dr Marcel DHERS**

◆  
*Climat toni-sédatif*

MAISON  
de Traitements  
de Repos ~~~~~  
de Régimes ~~~~~

●  
**Affections nerveuses  
Intoxications  
Convalescences**

III  
Installation luxueuse et plaisante sur les bords du Gave au milieu  
-- d'un parc de douze hectares à proximité de Pau et Biarritz --  
Rayons X — Electrothérapie — Hydrothérapie — Psychothérapie

## NEURINASE

*amorce le  
sommeil naturel*



**Insomnie**  
Troubles nerveux

*Ech<sup>ons</sup> & Littérature*  
LABORATOIRES GÉNÉVRIER  
2 Rue du Débarcadère PARIS



IX<sup>e</sup> CONGRES  
DES  
SOCIETES D'OTO-NEURO-OPHTALMOLOGIE

RÉUNION INTERNATIONALE EN LANGUE FRANÇAISE

Ce Congrès se tiendra à *Lyon*, les 29, 30 et 31 mai 1936, sous la présidence de M. le prof. M. LANNOIS. Le rapport sur *les arachnoïdites de la base du cerveau* sera présenté par MM. H. et R. BOURGEOIS, LAPOUGE (Otologie), H. ROGER, P. COSSA (Neurologie), P. CARLOTTI (Ophtalmologie), CLOVIS VINCENT (Neuro-Chirurgie).

Le Bureau du Congrès est ainsi constitué : *Président honoraire*, Prof. ROLLET ; *Président*, Prof. M. LANNOIS ; *Vice-Présidents*, Prof. P. BONNET, J. COLLET, J. FROMENT, J. LÉPINE ; *Membres du Bureau*, le président de la Société d'oto-rhino-laryngologie de Lyon et du sud-est, M. CHAVANNE et le secrétaire de la Société d'oto-rhino-laryngologie de Lyon et du sud-est, M. SARGNON, le président de la Société d'ophtalmologie de Lyon, M. GRANDCLÉMENT et le secrétaire de la Société d'ophtalmologie de Lyon, M. BUSSY, le médecin lieutenant-colonel GAUTIER et le médecin-commandant DESGOUTTES-TALBOT, chefs de service à l'hôpital Desgenettes, MM. BÉRIEL, DECHAUME, DEVIC, REBATTU, RICARD, WERTHEIMER, médecins et chirurgiens des Hôpitaux de Lyon.

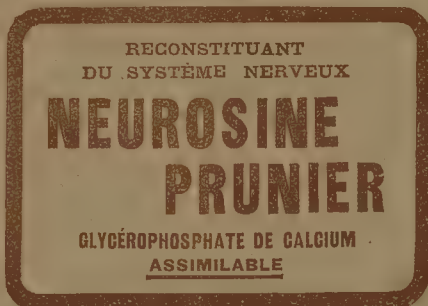
*Secrétariat local* : M. GAILLARD avec MM. MAYOUX et MOUNIER-KUHN (Otologie), BOURRAT et P. GIRARD (Neurologie), PAUFIQUE et

(A suivre, page d'annonces XXVIII).

MÉDICATION ALCALINE PRATIQUE

COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT

3 à 4 comprimés par verre d'eau  
12 à 15 comprimés par litre.



# MAISON de SANTÉ de PRÉFARGIER

près Neuchâtel, Suisse

Traitement  
des maladies  
nerveuses  
et mentales,  
de l'alcoolisme,  
des toxicomanies.



Installations  
modernes



Psychothérapie.



Traitement  
individuel.  
Occasions variées  
d'occupation  
rationnelle  
pour les  
pensionnaires

Situation ravissante au bord du lac de Neuchâtel  
Vaste parc de 30 hectares

Deux médecins spécialistes résidant à l'Etablissement

Médecin-Directeur : Dr A. Koller — Médecin-Adjoint : Dr Ch. Barbezat

PROSPECTUS

## MAISON DE SANTÉ D'ÉPINAY-SUR-SEINE

(Fondée par le Dr Tarrius)

6, Avenue de la République, EPINAY-sur-SEINE

Téléphone : 68 St-Denis



Maladies mentales et nerveuses des deux sexes  
Désintoxications - Cures de repos - Hydrothérapie - Electrothérapie  
Rayons ultra-violet

PAVILLONS SÉPARÉS ET VILLAS PARTICULIÈRES

très confortables au milieu d'un parc de 15 hectares.

CHAUFFAGE CENTRAL -- ELECTRICITÉ -- CHAPELLE

L'établissement est largement ouvert à tous les Médecins  
qui peuvent continuer d'y traiter leurs malades

Moyens de communication : Tramway n° 54, Place de la Trinité-Enghien (s'arrête devant l'Etablissement). — Chemin de fer gare du Nord, trajet en 10 minutes. — Automobiles, route d'Enghien, 7 kilomètres de Paris.

## IX<sup>e</sup> CONGRES DES SOCIETES D'OTO-NEURO-OPHTALMOLOGIE

(Suite)

BLANC (Ophtalmologie), MANSUY (Neuro-chirurgie). *Trésorier* : M. A. COLRAT.

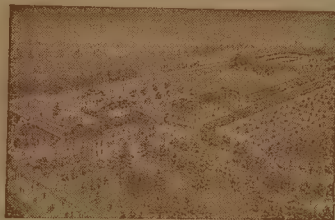
Le rapport paraîtra dans la *Revue d'Oto-Neuro-Ophtalmologie* d'avril-mai 1936.

La partie scientifique du Congrès comprendra essentiellement les exposés des rapporteurs et la discussion approfondie du rapport, accessoirement les communications ayant trait à la même question, mise seule à l'ordre du jour, des arachnoïdites.

La participation aux travaux scientifiques du Congrès ne comporte aucune colisation.

Pour la discussion du rapport et les communications, se faire inscrire à l'avance auprès du *Secrétaire général* M. Auguste TOURNAY, 58, rue de Vaugirard, Paris (6<sup>e</sup>). Tél. Littré 53-25.

Pour tous les autres renseignements, s'adresser : Secrétariat du Congrès des Sociétés d'O.N.O., Pavillon P., hôpital Edouard-Herriot, place d'Arsonval, Lyon (Rhône). Comme d'habitude, l'*Agence Exprimter*, 26, av. de l'Opéra, à Paris, se charge de l'organisation des transports et logements.



### VILLA LUNIER à BLOIS

consacrée aux maladies mentales

Cet établissement, fondé en 1860 par l'éminent **D<sup>r</sup> LUNIER**, sis sur un plateau salubre à la périphérie de la ville, 1.500 mètres de la gare, se trouve au milieu d'un parc magnifique de 11 hectares. Il comporte toutes les commodités modernes : Chauffage central. Eclairage électrique, etc., et les divers moyens de traitements classiques.

Les pensionnaires y sont soignés par des religieuses, par des infirmiers et par des infirmières laïques. Le service médical est confié à un Médecin en chef-Directeur, assisté d'internes.

Le prix de pension varie de 550 fr. par mois à 1.600 fr. selon les classes, le prix des pavillons particuliers oscille entre 2.400 et 3.600 fr. par mois d'après leur importance et les exigences spéciales des familles. — Téléphone : 2-82.

Médecin en Chef-Directeur : **D<sup>r</sup> OLIVIER**

Pour RENSEIGNEMENTS, demander le PROSPECTUS DÉTAILLÉ

## SOMMAIRE DU N° 5 (tome I), MAI 1936

### MÉMOIRES ORIGINAUX

|                                                                                                        |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| H. ROGER et J. ALLIEZ. — Chorée fibrillaire de Morvan, acrodynie infantile et troubles psychiques..... | 689 |
| E. LARRIVÉ et R. MATHON. — Contribution à l'étude des formes mentales des tumeurs cérébrales.....      | 694 |
| Alberto BROCHADO. -- Le syndrome de Capras.....                                                        | 706 |
| A. REPOND. — Les tendances actuelles de la psychiatrie en Suisse.....                                  | 718 |

### SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du jeudi 14 mai 1936

Séances de juillet et octobre ..... 738

G. DAUMÉZON. — Dipsomanie réactionnelle

et périodique ..... 739

(Suite du sommaire, page II).

## MAISON DE SANTÉ

:- D'IVRY-SUR-SEINE :-

23, Rue de la Mairie à IVRY

Téléphone : Gob. 01.67

## MALADIES MENTALES & NERVEUSES

NOMBREUX PAVILLONS

DANS UN PARC DE 12 HECTARES

Médecin-Directeur : Docteur A. DELMAS

Ancien chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin-adjoint : Docteur P. DELMAS

|                                                                                                                                            |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| G. DAUMÉZON. — Amnésie retardée dans une intoxication oxycarbonée .....                                                                    | 742 |
| M. BRISSOT et DELSUC. — Parkinsonisme post-encéphalitique chez un enfant traité par la méthode de Rømer. Résultats peu encourageants ..... | 746 |
| M. BRISSOT et DELSUC. — Polydactylie chez un imbécile mental. Pouce surnuméraire .....                                                     | 752 |
| L. MARCHAND, Mlle P. PETIT et J. FORTINEAU. — Méningite aiguë pneumococcique enkystée chez un paralytique général. ....                    | 754 |
| L. MARCHAND. — Neurinome du nerf acoustique. Cécité et troubles psychiques ....                                                            | 760 |
| P. COURBON et Mlle S. ROUSSET. — Impulsions au suicide chez un vieillard épileptique .....                                                 | 766 |
| P. COURBON et FORTINEAU. — Impulsion au magnicide révélatrice d'hébéphrénie. ....                                                          | 770 |

Séance du lundi 25 mai 1936

|                                                                                                        |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Adoption du procès-verbal .....                                                                        | 776 |
| Correspondance .....                                                                                   | 776 |
| Célébration du III <sup>e</sup> Centenaire de l'Université Harvard .....                               | 776 |
| Vœu concernant la protection des malades mentaux .....                                                 | 777 |
| Rapport sur le mémoire présenté pour le prix Aubanel .....                                             | 778 |
| Rapport sur le mémoire présenté pour le prix Moreau de Tours .....                                     | 780 |
| J. VIÉ. — Rapport sur les Assistantes sociales psychiatriques .....                                    | 783 |
| A. POROT. — Les Services hospitaliers de psychiatrie dans l'Afrique du Nord (Algérie et Tunisie) ..... | 793 |
| A. POROT et R. VALENCE. — Maladie de Biermer et responsabilité médico-légale (à                        |     |

(Suite du sommaire, page IV).

# CHATEAU DE

DIRECTEUR: D<sup>r</sup> Gaston MAILLARD  
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris  
Médecin de Bicêtre et de la Salpêtrière  
Médecin-adjoint: D<sup>r</sup> Charles GRIMBERT

— MAISON DE SANTÉ MODERNE —  
POUR DAMES ET JEUNES FILLES



# L'HAY-LES-ROSES

INSTALLATION  
DE  
premier ordre  
Notice sur demande  
2, rue Dispan

L'HAY-  
LES-ROSES  
(SEINE)  
TÉLÉPHONE : 5

AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX  
— CURES DE DÉSINTOXICATION —  
— DE REPOS ET DE RÉGIMES —



# CHATEAU DE SURESNES

Téléphone : SURESNES 2.88

Maison  
de Santé  
de Repos  
de Régimes



FONDÉE PAR  
M. le Dr MAGNAN  
Membre de  
l'Académie de Médecine



Le Château

La Maison de Santé du Château de Suresnes est située à la Porte de Paris (sortie du Bois de Boulogne), dans un grand parc.

Remise à neuf et embellie depuis la guerre, la maison reçoit, dans des parties distinctes (château et pavillons dispersés dans la verdure du parc), des convalescents, neurasthéniques, nerveux, intoxiqués ou psychopathes.

Château et pavillons réunissent toutes les conditions les meilleures d'hygiène et de bien-être (chauffage central, eau chaude, électricité, eau de source), etc.

Les personnes qui y séjournent peuvent y disposer à leur gré d'une chambre meublée avec luxe, d'un cabinet de toilette, d'un salon, d'une salle de bains, etc.

Les Médecins de la Maison de Santé et leurs familles prennent leurs repas avec les pensionnaires qui désirent fréquenter la salle à manger.

La Maison est largement ouverte à Messieurs les Médecins, qui peuvent ainsi continuer à suivre leurs malades.

## HYDROTHÉRAPIE - ÉLECTROTHÉRAPIE

MÉDECINS DIRECTEURS :

Dr FILLASSIER O. \*  Dr DURAND-SALADIN

NOTICE SUR DEMANDE

Communications : Tramway du Val d'Or à la Porte Maillot

|                                           |     |                                          |     |
|-------------------------------------------|-----|------------------------------------------|-----|
| propos d'une expertise) .....             | 806 | de la vagotonine .....                   | 823 |
| H. ROGER, ALBERT-CRÉMIEUX et J. ALLIEZ. — |     | J. PICARD et G. MARQUET. — Nanisme       |     |
| Syndrome catatonique post-typhique cura-  |     | achondroplasique ; hyperorchidie ; exhi- |     |
| ble .....                                 | 810 | bitions et bestialité sadique .....      | 827 |
| H. ROGER et ALBERT-CRÉMIEUX. — Les trou-  |     | J. PICARD et G. MARQUET. — Syndrome de   |     |
| bles psychiques de la mélitococcie..      | 816 | délire aigu chez un prédisposé. Succès   |     |
| J. HAMEL et R. BUISSON. — Anxiété chez un |     | d'un traitement par le carbone intra-    |     |
| déprimé hypocondriaque. Heureux effet     |     | veineux .....                            | 832 |

## SOCIÉTÉS

### Société de Neurologie de Paris

Séance du jeudi 7 mai 1936

|                                                |     |
|------------------------------------------------|-----|
| AUBRY et J. LEREBoulLET. — Les troubles laby-  |     |
| rinthiques dans les tumeurs du cervelet et du  |     |
| IV <sup>e</sup> ventricule .....               | 836 |
| Th. DE MARTEL, GUILLAUME et THUREL. — Tumeur   |     |
| du rachis secondaire à un kyste du thorax      | 836 |
| G. HEUYER, Mme Roudinesco et Mme LESUEUR. —    |     |
| Réaction myotonique isolée des fléchisseurs de |     |

|                                                 |     |
|-------------------------------------------------|-----|
| la main .....                                   | 836 |
| J. LHERMITTE et ALBESSAR. — Syndrome adipo-     |     |
| génital. Traitement spécifique. Guérison...     | 837 |
| J.-A. BARRÉ et O. METZGER. — Etat des réactions |     |
| vestibulaires dans l'intoxication éthylique     |     |
| chronique .....                                 | 837 |
| DAVID. — Tumeur angiomateuse du bulbe et du     |     |
| cervelet .....                                  | 838 |
| PUECH. — De l'importance de l'œdème cérébral    |     |
| dans les traumatismes crâniens .....            | 838 |

(Suite du sommaire page VI).

## MAISON DE SANTÉ DE BELLEVUE (S.-et-O.)

8, Avenue du 11 Novembre — Observatoire 10-62

MÉDECIN-DIRECTEUR : D<sup>r</sup> BUSSARD  
MÉDECIN ASSISTANT : D<sup>r</sup> PAUL CARRETTE

Maladies

du

Système

nervieux

et de la

Nutrition



Psycho-  
névroses

Intoxica-  
tions

Convales-  
cences

Cet établissement, situé sur le coteau de Bellevue, à proximité du bois de Meudon, est composé de plusieurs pavillons dans un parc. Il offre tout le confort moderne, éclairage électrique, eau courante chaude et froide dans les chambres, chauffage central.

# VILLA DES PAGES

LE VÉSINET (S.-et-O.)

40, Avenue Horace Vernet

TRAITEMENT DES AFFECTIONS NERVEUSES  
ET DES MALADIES DE LA NUTRITION

REPOS, CONVALESCENCES, RÉGIMES

*Cures de désintoxication*

Psychothérapie, Rééducation, Physiothérapie



*12 chalets pourvus du confort moderne  
disséminés dans un parc de 5 hectares.  
Chambres ou appartements à plusieurs pièces*

La clinique est entièrement ouverte aux Médecins  
qui peuvent ainsi conserver la direction de leurs malades

Médecins directeurs : Docteurs LEULIER, MIGNON, CASALIS

Médecin assistant : Docteur LECLERCQ

Téléphone : LE VESINET 12

Th. ALAJOUANINE et Th. HORNET. — Le ramollissement laminaire de l'écorce cérébrale. Ramollissement partiel localisé à la I<sup>re</sup> ou à la V<sup>e</sup> couche. Ses rapports avec la disposition vasculaire du cortex ..... 838

## Société de Médecine Légale de France

Séance du 11 mai 1936

TRIQUENEAUX. — Une autoéviscération considérée comme un crime ..... 839

## Société de Médecine Mentale de Belgique

Séance du 25 avril 1936

G. MUYLE et R. BATSALAERE. — Contribution à l'étude du syndrome dénommé « mains et pieds en fourche » ..... 839

MASSAUT et MATHIEU. — Sur la teneur du sang en tryptophane dans les maladies mentales 840

P. DIVRY. — Cholestéatome du cervelet.... 840

VERMEYLEN et HEERNU. — Maladie de Dercum avec troubles mentaux prédominants..... 840

## Société belge de Neurologie

Séance du 25 avril 1936

J. LEY. — Ictus apoplectiforme suivi d'acalculie avec dyslexie et dysgraphie sans aucun autre trouble de la série aphasique chez un polyglotte ..... 841

H. BAONVILLE, M. MOREAU et J. TITECA. — Syndrome protubérantiel ..... 841

J. DE BUSSCHER. — Tumeur épiphysaire; envahissement des ventricules cérébraux ..... 842

CALLEWAERT. — Deux observations anatomo-cliniques de maladie de Landry ..... 842

J. MOLDAVER et J. TITECA. — Sclérose latérale amyotrophique à début bulbaire..... 842

EVYARD. — Méningite pneumococcique traumatique ..... 842

(Suite du sommaire page VIII).

# INSTITUT MÉDICO-PÉDAGOGIQUE DE VITRY-SUR-SEINE

**Adresse :** 22, rue Saint-Aubin, Vitry-sur-Seine (Seine). **Téléphone :** Italie 06-96. Renseignements à l'Etablissement ou 164, faubourg St-Honoré (VIII<sup>e</sup>), chez le D<sup>r</sup> Paul-Boncour. **Téléphone :** Elysées 32-36.

**Affections traitées :** Maison d'éducation et de traitement pour enfants et adolescents des deux sexes : retardés, nerveux, difficiles, etc.

**Disposition :** Pavillons séparés. Parc de 5 hectares.

**Confort :** Eau courante chaude et froide. Chauffage central.

**Traitement :** Hydrothérapique.

**Directeurs :** D<sup>r</sup> Paul-Boncour, O. \* et G. Albouy.



# SAINT-REMY

## CLINIQUE MÉDICALE

46, Boul. Carnot    Tél. Régional 755 et 850

**LE VÉSINET (S.-et-O.).**



-- -- TRAITEMENT -- --  
des affections du Système nerveux, des  
intoxications et des maladies de la nutrition

Repos — Convalescences — Régimes  
Electrothérapie — — Hydrothérapie

Dans banlieue agréable, paisible et saine.  
Très belle installation modèle, 6 pavillons séparés  
- - dans un parc fleuri de 2 hectares - -

Chambres gaies, meublées avec goût, très confortables, cabinets de toilette avec S. B. et W. C. privés. Galeries ensoleillées. Terrain et salons de jeux.  
- - Excellente cuisine bourgeoise et de régimes - -

**NI MALADES CONTAGIEUX OU BRUYANTS**

-- -- MÉDECIN-DIRECTEUR -- --

-- **D<sup>r</sup> P. ALLAMAGNY** --

avec la collaboration du D<sup>r</sup> VIGNAUD,  
ex-Directeur de la Maison de Santé de Vanves  
-- -- et d'un médecin assistant -- --



## ANALYSES

### LIVRES, THÈSES, BROCHURES

#### Psychologie.

- V. JANKÉLÉVITCH. — L'ironie ..... 843  
F. BAUMGARTEN. — La gratitude chez les enfants  
et les adolescents ..... 845

#### Psychiatrie.

- P. FAVERET. — La schizophrénie et les états schi-  
zoïdes dans le milieu militaire ..... 846  
G. FROMAGET. — Les mesures de protection à  
l'égard des pervers qui s'engagent dans l'ar-  
mée ..... 846

#### Histoire de la Médecine.

- R. DUMESNIL. — Histoire illustrée de la méde-  
cine ..... 847

### JOURNAUX ET REVUES

#### Neuro-psychiatrie.

- P. PENTA. — La narcolepsie..... 848  
M. LEVIN. — Le rôle du cortex cérébral dans la  
narcolepsie. Classification de la narcolepsie et  
des troubles associés..... 849  
R. CLÉMENT. — Encéphalites épidémiques (unité  
ou pluralité ? ..... 849  
F. TERRIEN. — Les séquelles oculaires tardives  
de l'encéphalite épidémique..... 849  
M. TEULIÈRES et J. BEAUVIEUX. — Les manifesta-  
tions oculaires tardives dans l'encéphalite épi-  
démique ..... 850  
M. J. COOPER. — Mouvements associés de la lan-  
gue contrôlés par l'effort volontaire dans l'en-  
céphalite épidémique ..... 850

(Suite du sommaire page X).

# CHÂTEAU DES COUDRAIES

Ancienne Institution d'Eaubonne (fondée en 1847)

Magnifique Parc de 5 hectares, adossé à la forêt de Sénart. Très belle  
vue sur la vallée de la Seine. Très grand confort. Eau courante, chaude  
et froide, dans toutes les chambres, électricité, chauffage central, instal-  
lation hydrothérapique complète. Rayons U. V. Jardinage. Horticulture.

Potagers de 20.000 m<sup>2</sup>. Tennis.



PRIX DE PENSION A PARTIR DE 750 FR. PAR MOIS

## ÉTIOLLES (S.-&-O.)

### ENFANTS ET JEUNES GENS ARRIÉRÉS

Education et Traitement  
des déficients intellectuels.  
à tous les degrés

DIRECTEURS  
D<sup>rs</sup> M. et J. de CHABERT

de 2 à 5 heures  
sauf jeudis et dimanches  
25 km. de PARIS  
gare Evry-Petit-Bourg (P.-L.-M.)  
Arrêt des autocars Citroën  
27 - 28 - 29 : Dép. de Paris,  
pl. Denfert-Rochereau  
Tél. Corbeil 226

# DIVONNE-LES-BAINS

OUVERT  
TOUTE  
L'ANNÉE

Altitude 519 m. (Genève 16 km.) — AIN

LA GRANDE STATION FRANÇAISE DE REPOS

-- -- dans un parc de 100 hectares -- --

-- Indication spéciale de cure pour les --  
troubles fonctionnels du SYSTÈME NERVEUX  
ET DES MALADIES DE LA NUTRITION  
— qui s'y rattachent —

## Etablissement hydrothérapique dans le parc.

Hydrothérapie. Psychothérapie. Cures d'air, de repos,  
d'exercices et de régimes. Massothérapie. Electrothé-  
rapie. Radiologie

## Les Hôtels dans le Parc.

Hôtel du Golf. Première réalisation hôtelière de la sup-  
pression des bruits. Hôtel Chicago. Le Grand Hôtel.

Maison de Régime, sous la direction d'un médecin  
spécialisé, secondé d'un personnel compétent. Cuisine  
de diététique. Laboratoire d'analyses et de recher-  
ches biologiques.

## Distractions.

Théâtre. Concerts. Cinéma. Parc pour enfants

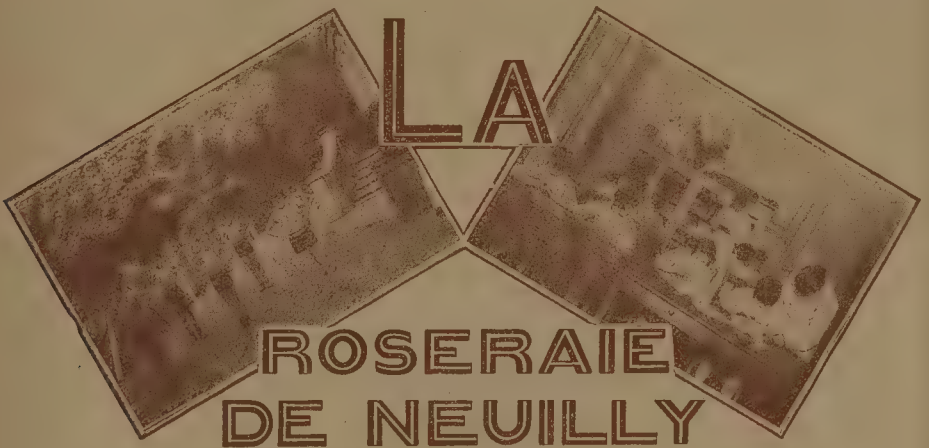
## Tous les sports.

Golf 18 trous. Tennis. Promenades. Canotage (5 km. du  
lac). Pêche à la truite

Directeur Général : TARTAKOWSKY

|                                                                                                                                                                        |     |                                                                                                                                                                                                |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| H. SCHAEFFER et R. BIZE. — Maladie de Parkinson et syphilis .....                                                                                                      | 850 | suivie d'aphasie motrice, d'agraphie, d'alexie et de stase papillaire transitoires .....                                                                                                       | 853 |
| M. NAGY. — Maladie de Parkinson familiale. Le signe d'Argyll-Robertson dans la maladie de Parkinson .....                                                              | 851 | NISSL VON MAYENDORF. — Sur la question de l'aphasie dite pariétale .....                                                                                                                       | 853 |
| L. LYON-CAEN et A. JUDE. — Intoxication chronique par les composés du manganèse. Parkinsonisme manganique .....                                                        | 851 | J.-A. FLORENSKY. — Sur la logopédie des aphasies. La structure en miroir dans la genèse des paraphasies .....                                                                                  | 853 |
| P. OTTONELLO. — Le syndrome akinético-hyper-tonique dans les tumeurs du lobe frontal .....                                                                             | 851 | B. SPAGNOLI. — De l'exploration encéphalographique dans un cas de syndrome de Pick probable .....                                                                                              | 854 |
| E. BECK. — Innervation antagoniste systématique et irréductible chez une malade atteinte de rigidité progressive et de paroxysmes épileptiques et hallucinatoires..... | 852 | G. SANDOR. — Contribution à l'étude du système neuro-végétatif chez les aliénés et notamment des réflexes pupillaires.....                                                                     | 854 |
| A. SALMONT. — Le rôle des noyaux diencephaliques dans le mécanisme des crises épileptiques .....                                                                       | 852 | R.-M. NORMAN. — Un cas d'idiotie familiale amaurotique juvénile .....                                                                                                                          | 855 |
| A. DONAGGIO. — Cerveau frontal et système moteur extrapyramidal .....                                                                                                  | 852 | J.-S. GOTTLIEB et G.-R. LAVINE. — Sclérose tubéreuse avec lésions osseuses rares.....                                                                                                          | 855 |
| M.-W. STERLING et M. WOLFF. — Hémorragie sous-durale tardive avec heureuse issue opératoire,                                                                           |     | J. CATHALA, E. FRIEDMAN et R. LAPLANE. — Sur le diagnostic du rhumatisme cérébral. I. Valeur séméiologique du délire de mort. II. Désordre cérébral et trouble de l'équilibre acide-base ..... | 855 |

(Suite du sommaire, page XII).



12, Boul. du Château -- NEUILLY-SUR-SEINE  
Tél. : Maillot 20-92

**CENTRE MÉDICO-PÉDAGOGIQUE** pour le traitement individuel des enfants présentant du retard intellectuel, de l'instabilité, de l'apathie, des troubles nerveux, des impotences fonctionnelles, sous la surveillance du D<sup>r</sup> Suzanne SERIN.

Rééducation et traitement adapté à chaque cas. Personnel spécialisé. Atmosphère familiale. Grand jardin ensoleillé. Etablissement ouvert aux médecins qui peuvent continuer à suivre leurs malades. Ni contagieux, ni pervers, ni épileptiques.

Directrice : Madame P. BAYARD

# LES RIVES DE PRANGINS

PRANGINS près *NYON* (Suisse)

## ETABLISSEMENT DE PSYCHOTHÉRAPIE

CONFORT MODERNE

||| Chambres seules ou appartements de une ou plusieurs pièces |||  
-- -- Magnifique situation au bord du Léman -- --  
-- A 22 km. de Genève sur la route de Lausanne -- --  
||| Six villas disséminées dans un grand parc de 45 hectares |||



## TRAITEMENT DES AFFECTIONS NERVEUSES

ANALYSES PSYCHOLOGIQUES - CURES DE REPOS - RÉGIMES

SUGGESTION - RÉÉDUCATION - PHYSIOTHÉRAPIE

Traitement organothérapique avec contrôle biologique (Cures d'insuline, pyrothérapie, malariathérapie) — Laboratoire d'analyses — Rayons X

||| -- -- Divers ateliers très bien installés -- -- |||  
||| Etudes et leçons particulières dans l'établissement |||  
||| -- -- Sports d'été et sports d'hiver -- -- |||  
||| -- Trois tennis — Bains du lac — Equitation -- |||

**Cinq médecins** et un nombreux personnel spécialisés assurent le traitement

*Prix de pension variant suivant la nature du traitement  
et le genre de l'installation choisie (à partir de Fr. suisses 25 par jour)*

DEMANDEZ PROSPECTUS A L'ADMINISTRATION

Adresse télégraphique :  
RIVAPRANGINS NYON

||| Téléphones { Administration : Nyon 95.442  
Service Médical : Nyon 95.441  
(de préférence entre 11 heures et midi)

Médecins-chefs { D<sup>r</sup> O.-L. FOREL, Privat-Docent à l'Université de Genève ;  
D<sup>r</sup> R. de SAUSSURE, Privat-Docent à l'Université de Genève.

|                                                                                                                            |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Th. DETENHOFF. — De l'apparition de tableaux cliniques pseudo-schizophréniques dans la mé-<br>sencéphalite .....           | 856 |
| L. STONE et W.-C. MENNINGER. — Un cas de psy-<br>chose associée à une tumeur cérébelleuse de<br>la ligne médiane .....     | 856 |
| O.-J. VOLFOVSKI. — Troubles psychiques du type<br>« acaïria » dans la chorée de Huntington .....                           | 856 |
| R. CRISTINI. — Un cas de chorée atypique chez<br>un sujet hystérique .....                                                 | 856 |
| L. BALLIF, Ch. BALLIF et E. GLINOER. — Psychas-<br>thénie avec accès hystéroïdes ou simulation? .....                      | 857 |
| H. CODET. — Le problème actuel de l'hystérie .....                                                                         | 857 |
| P. HARTENBERG. — Classification des névroses .....                                                                         | 857 |
| Cl.-H. BARNACLE, F.-G. EBAUCH et F. LEMERE. —<br>Recherches sur les associations motrices dans<br>les psychonévroses ..... | 858 |
| A. FUNCK. — Recherches critiques sur les concepts<br>fondamentaux de l'hypnotisme .....                                    | 858 |
| W.-C. MENNINGER. — Facteurs psychologiques dans<br>l'étiologie du diabète .....                                            | 858 |

|                                                                               |     |
|-------------------------------------------------------------------------------|-----|
| E. BOLTANSKI. — Syphilis nord-africaine et loca-<br>lisations nerveuses ..... | 859 |
|-------------------------------------------------------------------------------|-----|

## Anatomie.

|                                                                                                                                         |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| R. ANTHONY. — Etude du cerveau d'un savant<br>biologiste et médecin .....                                                               | 859 |
| O. ROSSI et G. GASTALDI. — La régénération du<br>tissu nerveux chez les vertébrés supérieurs .....                                      | 859 |
| V. TRONCONI. — Etude sur la névroglie humai-<br>ne .....                                                                                | 859 |
| A. ROMERO. — Recherches sur les altérations de<br>la névroglie dans la méningo-encéphalite tuber-<br>culeuse .....                      | 860 |
| A. BARBÉ. — Les fibres motrices intramédullaires<br>des racines rachidiennes postérieures ....                                          | 860 |
| A. JUBA. — Sur le champ de projection de la<br>vision centrale dans le corps genouillé externe<br>et l'écorce visuelle de l'homme ..... | 861 |
| S. MACKIEWIEG. — Un cas d'hémiaplasie du cer-<br>velet .....                                                                            | 861 |

(Suite du sommaire, page XIV).

## CENTRE MÉDICO - PSYCHOLOGIQUE POUR ENFANTS

# “ La Métairie ”

-- NYON (Vaud) -- SUISSE -- Tél. : Nyon 95.626 --



Traitement des troubles nerveux de l'enfance.  
Action pédagogique combinée au traitement  
médical. Individualisation de l'enseignement.  
-- -- Séjours d'observation. -- --  
Institut pathopsychologique spécialisé  
pour examens et expertises neurologi-  
-- -- ques et psychologiques. -- --  
Consultations tous les jours. Dr Guillerey,  
Médecin Directeur, Dr Duby, Dr Calame.  
Médecin consultant : Professeur d'Université  
Dr O. Lœwenstein. -- -- -- --



# MAISON DE SANTÉ

161, rue de Charonne -- PARIS-XI<sup>e</sup>

Téléphone : ROQUETTE 05-05

Traitement des maladies mentales et nerveuses des deux sexes

Grand parc de 2 hectares en plein Paris

Pavillons et jardins séparés

Directeur : le D<sup>r</sup> CL. VURPAS

*Médecin de La Salpêtrière*

Les familles sont reçues tous les jours de 2 heures à 5 heures

## VILLA PENTHIÈVRE

*Maison de Santé et de Convalescence*

SCEAUX (Seine) Tél. 12

**PSYCHOSES — NÉVROSES**



MÉDECIN-DIRECTEUR : D<sup>r</sup> BONHOMME, Ancien Interne des Asiles de la Seine

MÉDECINS ASSISTANTS : D<sup>r</sup> CODET, Ancien Chef de Clinique de la Faculté

## VARIÉTÉS

Société Médico-Psychologique :

Séances ..... 862

Asiles publics d'aliénés :

Concours pour 10 postes de médecin des Asiles  
publics d'aliénés ..... 862

Asile de Bron ..... 863

Assistance :

L'assistance aux psychopathes non internés ..... 863

Académie de Médecine ..... 864

Université de Lausanne ..... 864

## INFORMATIONS

XI<sup>e</sup> Congrès international de Psychologie (Madrid,  
6-12 septembre 1936) ..... XVIII

Premier Congrès International des Sanatoriums  
et des établissements de cure privés (Budapest,  
septembre 1936) ..... XXVIII

### *Ecole du Docteur Henriette Hoffer*

ETABLISSEMENT PSYCHO-MÉDICO-PÉDAGOGIQUE  
POUR ENFANTS INAPTES A SUIVRE LES CLASSES NORMALES

(ENFANTS RETARDÉS, DÉLICATS, SOURDS, PARLANT MAL)

Fondatrices : Dr H. HOFFER et Madame Anne-Marie BUSSEAU



« MONTCLAIR »

I, Grande Rue, BELLEVUE-MEUDON (Seine-&-Oise) - Téléph. : Observatoire 17-45

# LABORATOIRES AMIDO

A. BEAUGONIN, Pharmacien

4, Place des Vosges, 4

— PARIS, 4<sup>e</sup> Arr<sup>t</sup>

## AMIDAL

Poudre — Comprimés — Cachets — Dragées

Deux à quatre cuillerées à café,  
ou quatre à huit comprimés, dragées  
ou cachets par jour

Entérites aiguës et chroniques.  
Entéro colites. Dysenterie.  
Toutes les Diarrhées.  
La constipation spasmodique.

## VITAMYL IRRADIÉ

Extrait concentré de vitamines A. B. et C.

Ergostérol irradié  
Une cuillerée à café  
avant chacun des trois repas.

Carences et Pré-carences.  
Rachitisme.  
Déminalisation.  
Troubles de la Croissance

## GÉNÉSÉRINE

OLONOVSKI et NITZBERG

Deux à trois granules ou dragées ou 20 à 30  
gouttes à chacun des trois repas ou une ampoule  
injectable chaque jour pendant 10 jours.

Hypo-acidité gastrique.  
Syndrome solaire.  
Dyspepsie atonique.  
Palpitations et Tachycardie  
des cœurs nerveux.

## GÉNATROPINE

OLONOVSKI et NITZBERG

2 granules, ou 20 gouttes, 2 à 3 fois par jour,  
entre les repas de préférence.  
1 ampoule injectable par jour.

Hyperchlorydrie.  
Spasmes digestifs — Vomissements.  
Coliques — Diarrhées.

## GÉNOSCOPOLAMINE

OLONOVSKI et NITZBERG

4 à 8 granules, ou 40 à 80 gouttes par jour,  
en 2 ou 3 prises, 1 ampoule par jour.

Maladie de Parkinson.  
Syndromes post-encéphalitiques.  
Anesthésie chirurgicale ou obstétricale.

## GÉNHYOSCYAMINE

OLONOVSKI et NITZBERG

2 granules, ou 20 gouttes, 2 à 3 fois par jour  
entre les repas de préférence.  
1 ampoule par jour.

Spasmes digestifs.  
Tremblements.  
Syndromes parkinsoniens.  
Sueurs des tuberculeux.

## GÉNOSTRYCHNINE

OLONOVSKI et NITZBERG

ou  
Ampoules — Goutte — Granules

## GÉNOSTHÉNIQUES

Cacodylate de Génostrychnine et de Gènesérine.

2 granules, ou 20 gouttes à chacun des trois repas.  
1 ampoule injectable chaque jour.

Asthénie.  
Neurasthénie — Surmenage.  
Anémie — Convalescence.  
Paralysies atoniques.

## GENOMORPHINE

OLONOVSKI et NITZBERG

En comprimés dosés à 2 Ctrgs (2 à 3 fois  
par jour) ou en ampoules injectables  
dosées à 4 Ctrgs.

La Douleur.  
L'Anxiété — l'Agitation.  
Les Dyspnées spasmodiques.  
La Démorphinisation.

ÉCHANTILLONS MÉDICAUX SUR DEMANDE

**TRAITEMENT DES ÉTATS SPASMODIQUES**

**PRESCRIT À DOSES FAIBLES  
FRACTIONNÉES  
RÉPÉTÉES**

le

**GARDÉNAL**

**COMPRIMÉS À 0 gr. 01**

exerce son habituelle action

**Antispasmodique**

sans que se manifeste  
d'effet hypnotique

**POSOLOGIE**

**Adultes :** 1 à 4 comprimés à 0 gr. 01 plusieurs fois par jour  
(dose maximum : 30 comprimés)

**Enfants :** Moins de 6 mois : 1/2 à 3 comprimés à 0 gr. 01 par jour.

Un an et au dessus : en principe, 1 comprimé à 0 gr. 01 par  
année d'âge et par jour.

**LA DOSE UTILE SERA FIXÉE PAR PROGRESSION LENTE**

**SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE  
SPECIA**

Marques **POULENC** Frères et **USINES DU RHÔNE**  
21, Rue Jean-Goujon, 21 - PARIS (8<sup>e</sup>)

